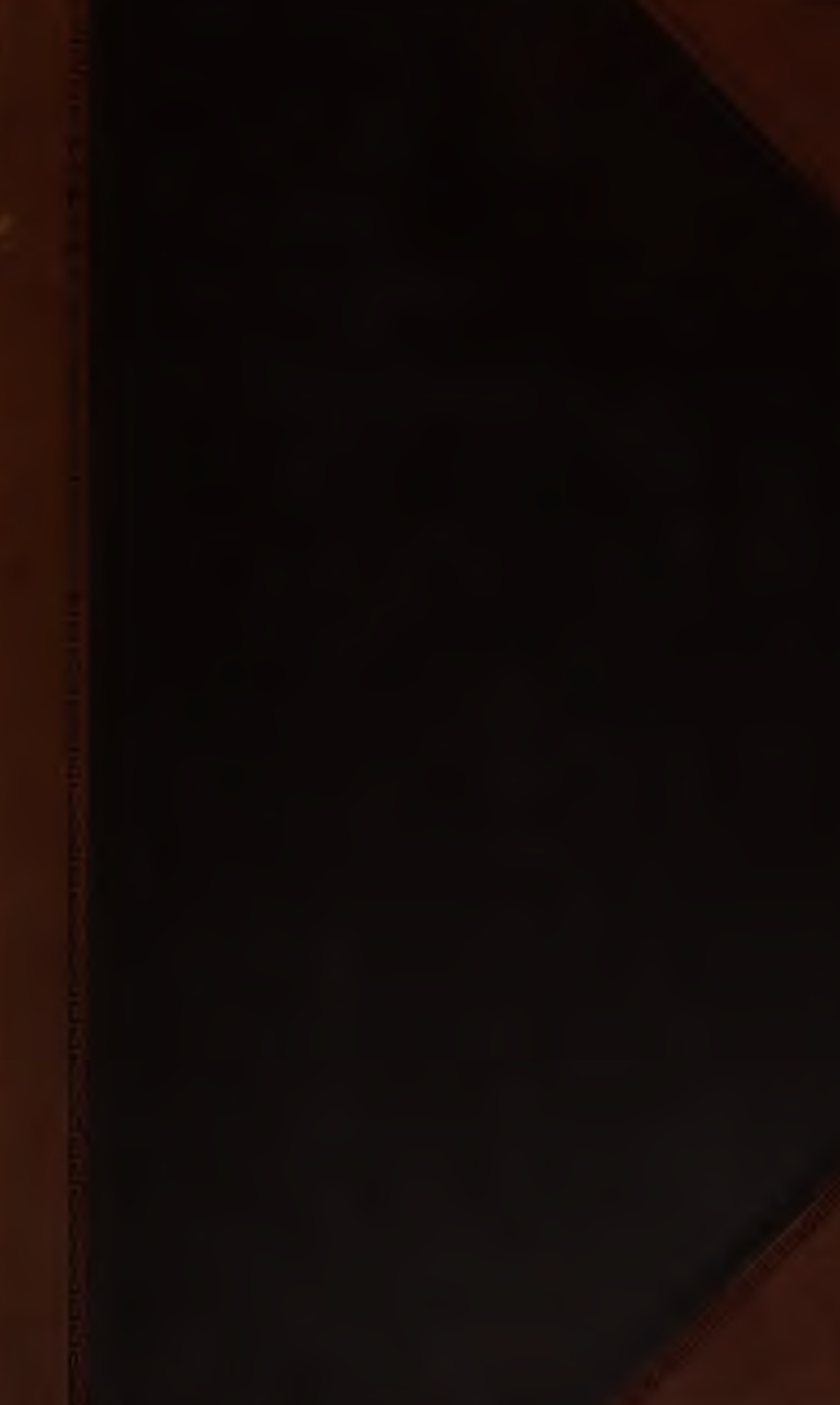



600033883V



GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIEN.

TOME TROISIÈME.

OUVRAGES DU MÊME AUTEUR.

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS, avec deux planches coloriées représentant le céphalæmatome sous-péricrânien et son mode de formation. 1 vol. in-8. 8 fr. 50

TRAITÉ DES NÉVRALGIES OU AFFECTIONS DOULOUREUSES DES NERFS. 1 vol. in-8. 8 fr.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIEN

OU

RÉSUMÉ GÉNÉRAL

DE PATHOLOGIE INTERNE

ET DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉES,

PAR

F.-L.-I. VALLEIX,

Médecin de l'hôpital Sainte-Marguerite (ancien Hôtel-Dieu annexe),
Membre titulaire de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique,
Membre de la Société médicale des hôpitaux, etc.

Deuxième édition, revue, corrigée et augmentée.

TOME TROISIÈME.

MALADIES DES VOIES DIGESTIVES. — MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES.

A PARIS,

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE,

RUE HAUTEFEUILLE, 19.

A LONDRES, CHEZ H. BAILLIÈRE, 219, REGENT STREET.

A NEW-YORK, CHEZ H. BAILLIÈRE, LIBRAIRE, 169, FULTON STREET.

A MADRID, C. BAILLY-BAILLIÈRE, CALLE DEL PRINCIPE, 11.

1850

GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIEN.

LIVRE TROISIÈME.

Maladies des voies digestives (*Suite*).

CHAPITRE SIXIÈME.

MALADIES DES INTESTINS.

Ces affections, non moins importantes que celles de l'estomac, présentent, comme ces dernières, de grandes difficultés. Ce sont elles qui ont été principalement invoquées en faveur des divers systèmes médicaux, soit qu'on voulût localiser les maladies, soit qu'on voulût défendre les anciennes opinions sur les fièvres. Il importe donc de les étudier avec soin ; mais avant d'entreprendre leur description, je dois de nouveau prévenir qu'on ne trouvera dans ce chapitre ni l'*entérite folliculeuse*, qui sera décrite dans le chapitre consacré aux fièvres, et sous le nom de *fièvre typhoïde ;* ni la *colique saturnine*, qui aura sa place parmi les empoisonnements par le plomb.

ARTICLE I[er].

ENTÉRORRHAGIE.

L'hémorrhagie qui a lieu à la surface de l'intestin est une de celles qui sont le moins bien connues. Excepté les cas, en effet, où cette hémorrhagie est occasionnée par l'ulcération de l'intestin, et principalement dans la fièvre typhoïde, on n'a que des idées imparfaites sur la cause organique qui donne lieu à l'écoulement du sang par les selles ; il est vrai que les cas d'ulcères soit typhoïdes, soit cancéreux, sont de beaucoup les plus fréquents ; mais alors on n'a affaire qu'à un simple accident d'une maladie déjà grave par elle-même.

Les anciens n'ont pas suffisamment distingué les hémorrhagies des diverses parties du canal intestinal. Tantôt ils ont décrit simultanément l'entérorrhagie et les hémorrhoïdes fluentes, sans établir de grandes différences entre elles, et tantôt ils ont indiqué les symptômes de la maladie sans rechercher si le sang était versé à la surface de l'intestin ou s'il venait d'une autre source. Il s'ensuit que nous avons

des renseignements très incomplets sur l'entérorrhagie simple, ou, pour me servir d'une expression consacrée, de l'*entérorrhagie essentielle*. Il serait donc inutile d'entrer dans de très grands détails sur cette affection que nous allons décrire rapidement.

Définition; synonymie; fréquence. L'entérorrhagie telle qu'on la comprend aujourd'hui est un écoulement de sang dans l'intérieur de l'intestin. Cette affection a été décrite sous le nom de *morbus niger Hippocratis*, de *melæna*, *melænorrhagia*, *fluxus hepaticus*, etc.; mais, ainsi que je l'ai dit plus haut, ces diverses dénominations ont été appliquées souvent à plusieurs maladies différentes. L'entérorrhagie *n'est pas une maladie fréquente :* on comprend, en effet, que je ne fais pas entrer sous cette dénomination les selles sanguinolentes de la dyssenterie, et cela par les mêmes raisons que j'ai données à l'article *Hémoptysie*, où les crachats sanglants de la pneumonie n'ont point été regardés comme une hémorrhagie.

Causes. On ne peut guère assigner de *causes prédisposantes* à l'hémorrhagie intestinale. Cependant, s'il faut en croire quelques auteurs (Camerarius, Vogel, etc.), à l'opinion desquels s'est rangé Billard, les *enfants nouveau-nés* y seraient plus exposés que les sujets avancés en âge. Pour moi, je n'ai pas observé d'hémorrhagie intestinale bien caractérisée peu de temps après la naissance. Les mêmes médecins ont prétendu aussi que les vieillards y étaient particulièrement exposés; mais n'a-t-on pas eu affaire en pareil cas à de simples *hémorrhoïdes?*

Quelques altérations du sang, comme l'*augmentation des globules* et la *diminution de la fibrine*, peuvent être regardées aussi comme des causes prédisposantes. On voit l'hémorrhagie intestinale survenir assez fréquemment dans le *scorbut*.

Les *causes déterminantes* sont mieux connues. Nous avons un assez grand nombre d'observations dans lesquelles l'introduction de *corps étrangers* a déterminé des hémorrhagies intestinales. Quelquefois c'est un *polype* dont le siége de prédilection est dans le rectum; on en trouve un exemple rapporté par le docteur Freteau (1). L'*invagination intestinale* détermine ordinairement une inflammation violente qui peut, en produisant des érosions, donner lieu à l'entérorrhagie. Les *ulcères intestinaux*, et principalement, comme je l'ai dit plus haut, ceux de la fièvre typhoïde, occasionnent parfois le même accident; aussi un grand nombre des auteurs des siècles passés ont-ils rangé parmi les causes de l'entérorrhagie les diverses espèces de fièvre alors admises. Le *cancer de l'intestin* peut, comme celui de l'estomac, produire une hémorrhagie interne. Quant aux écoulements de sang par l'anus, dont la source se trouve dans d'autres organes, comme le foie, la rate, les vaisseaux communiquant avec l'intestin par une *perforation*, il ne doit pas en être question ici, cet accident devant trouver sa place dans les affections de ces organes.

Enfin il est parfois impossible de découvrir aucune de ces causes. J'en ai eu récemment sous les yeux un exemple remarquable à l'hôpital de la Pitié. Le sujet de l'observation avait, tous les jours ou tous les deux jours, une ou plusieurs selles contenant environ 2 ou 300 grammes de sang pur, noir en partie, et en partie rouge et spumeux. Cependant son ventre était bien conformé, on ne sentait aucune

(1) *Journ. gén. de méd.*, rédigé par J. Sédillot, t. XLI.

tumeur. Le doigt introduit dans le rectum le trouvait dans l'état naturel. Il n'y avait point de fièvre, il n'existait aucun signe de scorbut, et les signes d'anémie que présentait ce malade étaient évidemment consécutifs à l'hémorrhagie; car on les vit apparaître seulement après un assez grand nombre de déjections sanglantes. Peut-être existait-il une cause organique, mais nos moyens d'investigation ne pouvaient pas la découvrir. Les anciens, et en particulier Hoffmann (1) ont eu recours à des hypothèses pour expliquer l'irruption du sang dans l'intestin, mais il serait inutile de les présenter ici.

Symptômes. Il serait impossible de recourir d'une manière fructueuse à la description des symptômes telle que nous l'ont laissée les auteurs des siècles précédents. Pour eux, en effet, les symptômes fébriles, qui existent dans un bon nombre de cas, font partie de l'hémorrhagie elle-même, tandis que pour nous l'écoulement du sang n'est autre chose qu'un accident survenant dans le cours d'une maladie qui n'a d'autres rapports avec lui que ceux de cause à effet. Cependant, comme au milieu de ces descriptions il est quelques symptômes qui se rapportent uniquement à l'entérorrhagie, je les indiquerai dans l'exposé qui va suivre.

Dans le plus grand nombre des cas, le sang, après avoir été versé dans l'intestin, est *rejeté au dehors* par l'anus. On voit alors les malades éprouver d'abord des coliques plus ou moins vives, avec un sentiment de faiblesse porté souvent jusqu'à la défaillance. Puis un besoin pressant d'aller à la garde-robe se fait sentir, et le sang s'échappe en plus ou moins grande abondance. Quelquefois il n'y en a qu'une petite quantité mêlée à des matières qui ont conservé une certaine consistance; mais ces cas sont de beaucoup les plus rares, et il n'est pas douteux que souvent on n'ait regardé comme du sang provenant de l'intestin lui-même, une petite quantité de ce liquide qui avait sa source dans les environs de l'anus, chez des sujets plus ou moins constipés. D'autres fois, comme chez le malade dont j'ai parlé plus haut, le sang est abondant. Il peut être alors liquide, spumeux, rutilant, ce qui a lieu surtout lorsqu'une artériole a été ouverte par une ulcération cancéreuse.

Parfois les déjections alvines, au lieu de suivre immédiatement les premières coliques déterminées par l'écoulement de sang dans l'intestin, ont lieu *plus ou moins longtemps après*. En pareil cas, le sang est noirâtre, quelquefois pris en caillots mous et plus ou moins volumineux. Enfin il n'est pas rare de voir le sang liquide, mêlé à des matières fécales également liquides, se présenter sous la forme d'une matière noirâtre parfois très fétide. C'est ce que l'on observe principalement dans la fièvre typhoïde.

Il est rare que l'hémorrhagie intestinale soit assez *abondante* pour menacer la vie du malade; cependant on a cité des cas de ce genre. Alors surviennent les phénomènes communs à toutes les grandes hémorrhagies : la faiblesse, le refroidissement des extrémités, les sueurs froides, etc. L'*évanouissement* qui accompagne ces grandes pertes de sang peut également se montrer dans des hémorrhagies très peu abondantes. Galien croyait que l'action du sang putréfié sur l'intestin était la cause de ce phénomène; mais, comme on le voit survenir dans les hémorrhagies où cette action ne peut pas avoir lieu, et même dans une simple saignée, on ne peut admettre une semblable explication.

(1) *Diss. med. pract. de morb. nig. Hippocr.* (*Opera omnia*, Suppl. II; Genève, 1760).

Parfois le sang qui s'accumule dans l'intestin *ne peut pas se faire jour au dehors*. Les cas de ce genre sont fort rares dans cette affection, et presque toujours avant qu'il y eût *hémorrhagie*, il y a eu quelques déjections alvines sanglantes qui mettent promptement sur la voie. On voit alors survenir les symptômes de l'hémorrhagie interne que j'ai déjà indiqués dans l'article consacré à l'*hématémèse :* ce sont les coliques, la faiblesse, la syncope, le refroidissement, les sueurs froides, la petitesse du pouls, les horripilations, etc. On peut s'assurer que le sang s'est accumulé et continue à s'accumuler encore dans l'intestin, par la *percussion*, qui donne un son mat plus ou moins étendu.

Je ne crois pas devoir m'étendre davantage sur la description de ces symptômes. Si je voulais, en effet, exposer les diverses espèces d'entérorrhagie en particulier, je devrais faire entrer dans cet article des détails appartenant au cancer de l'intestin, à la fièvre typhoïde, à plusieurs autres maladies, ce qui me ferait sortir de mon cadre.

Marche; durée; terminaison. Il est rare que l'entérorrhagie fasse périr les malades en une seule fois; elle se reproduit plus ou moins souvent avant de donner lieu à cette terminaison funeste. Quelquefois c'est à des intervalles très éloignés que se renouvelle l'hémorrhagie intestinale; c'est ce que l'on voit notamment dans certains cas d'affections cancéreuses. Il en résulte que la *durée* de l'affection est indéterminée.

Quant à la *terminaison fatale*, c'est rarement à l'hémorrhagie elle-même qu'on doit l'attribuer. Cependant on a cité un certain nombre de cas où cette terminaison a été déterminée soit par une perte de sang rapidement abondante, soit par des hémorrhagies successives qui ont détérioré complétement la constitution. Dans tous les autres cas, c'est aux progrès de l'affection principale qu'est due la terminaison funeste, et alors l'hémorrhagie peut être un signe plus ou moins fâcheux, mais n'a pas de grands dangers par elle-même.

Lésions anatomiques. L'énumération que j'ai donnée plus haut des diverses causes organiques de l'entérorrhagie me dispense d'entrer dans de très grands détails sur les lésions anatomiques. Dans les cas rares où il n'y a qu'une exhalation sanguine, on ne trouve pas plus de lésion dans l'intestin que dans les autres organes, où nous avons vu se produire des hémorrhagies. Dans les cas de cancer, d'affection typhoïde, d'invagination, etc., on observe les altérations propres à ces maladies, et principalement des ulcérations. Mais si l'on cherche le vaisseau dont l'érosion a donné lieu à l'hémorrhagie, souvent on ne parvient à en découvrir aucun. Il se fait alors une exhalation à la surface de l'ulcère, comme dans les cas du même genre cités à propos de la *gastrorrhagie*.

Lorsque la mort est survenue dans le cours de l'entérorrhagie, on trouve du sang liquide, des caillots mêlés en plus ou moins grande abondance avec les matières fécales, et quelquefois occupant toute l'étendue de l'intestin.

Diagnostic; pronostic. Le diagnostic de l'hémorrhagie intestinale n'est pas, en général, difficile. Lorsque, sans vomissements de sang antérieurs, sans troubles du du côté de l'estomac, à la suite de simples coliques, on voit survenir des déjections alvines sanglantes, on ne peut guère douter que le sang ne vienne de la surface intestinale. Les signes que je viens d'indiquer distinguent, en effet, suffisamment cette hémorrhagie de la *gastrorrhagie*, avec laquelle on pourrait la confondre.

L'inspection de l'anus, le toucher rectal suffisent pour faire reconnaître la présence des *tumeurs hémorrhoïdales*, et pour lever tous les doutes sur ce point.

Mais nous avons vu que, consécutivement à une *perforation*, le sang pouvait être versé par des organes voisins. L'étude attentive des symptômes antérieurs, l'apparition subite d'une hémorrhagie intestinale abondante, mettront sur la voie dans les cas de ce genre, qui présentent, sans contredit, le plus de difficultés.

Les symptômes bien connus de la *fièvre typhoïde*, dans le cours de laquelle se produit quelquefois l'entérorrhagie, feront promptement reconnaître au praticien quelle est la cause réelle de cet accident. Quant au *cancer*, la présence d'une tumeur reconnaissable, par la percussion et par la palpation, à travers les parois abdominales, ou par le toucher rectal, si elle occupe un point du rectum peu éloigné de l'anus, une diarrhée de plus ou moins longue durée, les signes de la cachexie cancéreuse, serviront à faire établir le diagnostic.

Je dirai plus loin à quels signes on distingue l'hémorrhagie due à une invagination intestinale.

Quelquefois il est difficile de s'assurer que du sang est réellement contenu dans la matière des déjections alvines; il faut alors avoir recours à un procédé déjà indiqué par Fr. Hoffmann. On verse le liquide contenu dans le vase jusqu'à ce qu'il ne reste que les parties situées au fond, sur lesquelles on jette ensuite une petite quantité d'eau. Par cette opération, on rend au sang sa couleur rouge, et tous les doutes sont levés. On voit que ce diagnostic n'offre presque jamais de difficultés réelles. Il n'y aurait donc pas d'intérêt à le résumer.

Pronostic. Le *pronostic* de l'entérorrhagie, considérée en elle-même, n'est grave que lorsque la perte de sang est extrêmement abondante; mais cette hémorrhagie peut servir à son tour de signe pronostique, et nous savons, d'après les recherches récentes, qu'en général, dans la fièvre typhoïde, elle annonce une grande gravité de l'affection. Elle n'est guère moins à redouter dans le cancer, puisqu'elle indique une érosion qui peut se terminer par une hémorrhagie foudroyante.

Traitement. Le traitement de l'entérorrhagie ne présente rien qui lui soit propre, aussi n'en dirai-je que quelques mots. On a mis en usage de petites *saignées générales;* ce moyen ne doit être employé que dans les cas où l'hémorrhagie est peu abondante. Les *boissons acidules;* les *lavements astringents*, avec 4 à 8 grammes de *ratanhia*, 40 ou 50 gouttes d'*acétate de plomb;* des *applications froides* sur le ventre, et en particulier la *glace* enfermée dans une vessie; les *lavements froids* avec l'eau à la glace, tels sont les moyens principalement employés. Il faut en même temps avoir soin de tenir le ventre libre, de manière que le malade ne soit pas obligé de faire des efforts de défécation.

On a encore préconisé l'*opium* donné principalement en lavement, et l'*essence de térébenthine*, qui est surtout recommandée par Copland. Dans les cas où l'hémorrhagie est très abondante, on conseille de recourir aux *ligatures des membres.* Enfin, dans ces derniers temps, on a cherché à remettre en honneur le *suc d'ortie*, fréquemment employé par les médecins anciens. C'est M. Ginestet (1) qui a surtout vanté ce moyen comme hémostatique. Mais je reviendrai sur l'emploi de cette

(1) *Bulletin de l'Acad. de méd.*; t. IX, p. 1015, t. X, p. 364.

substance dans la description de la *métrorrhagie*, contre laquelle elle a été principalement dirigée.

Je ne crois pas devoir insister davantage sur ce traitement, car il sera facile d'appliquer à l'entérorrhagie ce qui a été dit à propos des autres hémorrhagies déjà décrites.

ARTICLE II.

ENTÉRITE.

Il semble, au premier abord, que rien n'est plus facile que la description de l'*entérite*. Cette affection est, en effet, une de celles qu'on a le plus souvent occasion d'observer ; mais on ne tarde pas à s'apercevoir que, faute d'une étude suffisamment attentive des faits, les auteurs ont rendu cette description fort embarrassante.

La première difficulté qui se présente est celle-ci : Où commence et où finit l'entérite ? D'une part, nous voyons des auteurs vouloir distinguer de cette affection des cas dans lesquels ils n'ont vu qu'une simple diarrhée, et, de l'autre, des médecins s'efforcer de rattacher tous les cas dans lesquels les selles sont nombreuses et abondantes à une simple inflammation de l'intestin. Quelques uns ont voulu faire de la fièvre typhoïde une espèce d'entérite, sous le nom d'*entérite folliculeuse ;* enfin on a cherché à distinguer l'inflammation bornée à l'intestin grêle et désignée sous le nom d'*entérite proprement dite*, de celle qui occupe à la fois le gros et le petit intestin, qu'on a appelé *entéro-colite*. Malheureusement nous ne possédons pas des observations propres à lever toutes ces difficultés ; ce que l'on concevra facilement en réfléchissant au peu de gravité de l'entérite dans les cas non compliqués, et à l'impossibilité où l'on est en général de vérifier par l'autopsie les idées que l'on a pu se former sur la nature et l'étendue de la maladie, suivant les cas. Cependant, en ayant principalement égard à ce que l'on observe lorsque l'entérite est survenue dans une maladie mortelle, on peut arriver à quelques résultats importants qui serviront de base à cet article.

Il faudrait citer tous les auteurs des traités de médecine depuis Hippocrate, pour indiquer ceux qui ont parlé de l'inflammation intestinale.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

Pour nous, l'entérite est l'inflammation de l'intestin grêle, qui s'étend ou non au gros intestin. On voit par cette définition que je fais mes réserves sur l'affection que l'on a nommée *diarrhée idiopathique*, et dont je dirai quelques mots plus loin ; et que, d'un autre côté, je n'établis pas de distinction entre l'entérite proprement dite et l'entéro-colite ; on en verra plus tard la raison. Quant à l'entérite folliculeuse, je n'ai pas besoin de répéter qu'elle forme pour moi une maladie à part : la *fièvre typhoïde*, dont il sera traité au chapitre des *Fièvres*.

Cette maladie, connue sous les noms de *colique inflammatoire*, *inflammation des intestins*, *entero-phlogia*, est aujourd'hui généralement désignée sous le nom que je lui conserve.

Sa fréquence est très grande : il n'est guère d'année où chaque individu n'en éprouve quelques atteintes.

§ II. — Causes.

Les causes de l'entérite n'ont point été recherchées d'une manière très rigoureuse, ce qui tient, sans aucun doute, au peu de gravité de la maladie, qui n'a fixé que médiocrement sur elle l'attention des médecins.

1° Causes prédisposantes.

Tous les *âges* sont sujets à l'entérite ; mais d'après les recherches de Billard et les miennes (1), les enfants très jeunes y sont plus exposés que les sujets avancés en âge, surtout lorsque, comme il arrive trop souvent, on leur donne une nourriture qui ne leur convient pas. Quant au *sexe*, nous n'avons rien de bien positif à en dire.

Il est quelques individus qui sont plus sujets que d'autres à l'inflammation intestinale, sans qu'on puisse savoir quelle en est la cause. La *faiblesse*, la *détérioration* de la constitution, qui prédisposent à toutes les inflammations, prédisposent nécessairement à l'entérite. Aussi voit-on surtout cette maladie survenir dans le cours des *convalescences* et chez les sujets fortement débilités. Elle est également très fréquente dans le cours des diverses affections, et surtout des maladies inflammatoires avec mouvement fébrile de longue durée, ainsi que dans les affections fébriles chroniques ; mais les cas de ce genre ne doivent pas nous occuper ici. Il serait, comme on le voit, inutile d'insister sur des causes prédisposantes pour la connaissance desquelles nous avons si peu de renseignements précis.

2° Causes occasionnelles.

On a voulu ranger parmi les causes occasionnelles des *violences extérieures* sur l'abdomen ; mais dans les cas de ce genre il n'y a pas simple entérite. Les *irritants du tube digestif*, les *aliments âcres*, les *boissons alcooliques*, l'*impression du froid* le corps étant en sueur, sont les causes que l'on regarde comme produisant l'entérite. Cependant, si l'on consulte les observations, on voit qu'à peu d'exceptions près, l'entérite a lieu pendant l'été ; c'est ce qui n'avait pas été suffisamment établi. Quelquefois, après l'administration des *purgatifs*, il reste une irritation de l'intestin qui dure un temps plus ou moins long, et qui est due alors à une véritable inflammation. Enfin, il faut le dire, dans le plus grand nombre des cas, cette maladie survient sans qu'on puisse en découvrir la cause.

Chez les *nouveaux-nés*, l'entérite est souvent causée par une nourriture féculente disproportionnée à leurs forces digestives : c'est ce que j'ai démontré dans un travail pratique sur l'entérite (2).

§ III. — Symptômes.

Dans la description des symptômes, on a voulu diviser l'entérite en autant d'espèces particulières qu'il y a de parties plus ou moins distinctes dans le tube intestinal. C'est ainsi qu'on a décrit la *duodénite*, l'*iléite*, l'*inflammation du cæcum* ou *typhlite*, et enfin la *colite* ; mais je ne crois pas qu'il y ait la moindre utilité à admettre une semblable division. La duodénite, sur laquelle j'aurai occasion de

(1) Voy. *Clin. des malad. des enfants nouv.-nés*, p. 268 et 462.
(2) *Consid. sur les causes, le diagn. et le trait. de l'entérite aiguë des adultes et des nouv.-nés, et de la dyssenterie* (*Bull. gén. de thér.*, mars 1845).

revenir quand il s'agira des maladies du foie, n'est pas une maladie qu'on puisse décrire séparément. Quant à l'*iléite*, elle n'a point, comme l'a démontré M. Louis (1), de symptômes qui la distinguent parfaitement de l'inflammation intestinale occupant une plus grande étendue de l'organe et se prolongeant au gros intestin. Enfin il n'y a d'affection réellement bornée au gros intestin, ou du moins ayant son siége principal dans cette partie, que la *dyssentcrie*, à laquelle je consacrerai un article à part.

La *typhlite*, maladie décrite principalement par les médecins allemands, mérite seule une mention spéciale ; mais comme toute l'importance de cette inflammation consiste dans les *abcès de la fosse iliaque droite*, qui en sont la conséquence, que d'ailleurs elle est très peu connue en elle-même, je pense qu'il suffira d'en parler lorsque je donnerai la description du *phlegmon iliaque*.

Je sais bien que l'on a décrit des symptômes différents comme appartenant à chacune de ces espèces prétendues d'entérite ; mais l'observation n'a pas confirmé ces idées théoriques. Ainsi Broussais croyait qu'on pouvait distinguer l'entérite bornée au petit intestin, de la colite, en ce que, dans la première, il n'y avait point de diarrhée, et qu'il existait plutôt une véritable constipation, tandis que le dévoiement était caractéristique de la seconde ; mais dans des cas où l'entérite est survenue au milieu d'une maladie mortelle, on a vu la diarrhée coïncider avec l'inflammation du petit intestin seul, aussi bien qu'avec celle de l'un et de l'autre à la fois, et rien, comme l'a démontré M. Louis, n'a prouvé que la supposition de Broussais fût fondée. Je me bornerai donc, dans la description suivante, à décrire l'entérite d'une manière générale, car, je le répète, rien dans l'état actuel de la science n'autorise à agir autrement.

Ainsi limitée, l'entérite ne nous présente qu'un ensemble de symptômes bien simples. Le plus caractéristique est une *diarrhée* souvent très abondante, précédée, dans presque tous les cas, de *coliques* souvent très douloureuses, mais presque jamais aussi violentes que les coliques dues à d'autres causes, et que l'on désigne, d'une manière générale, sous le nom de *coliques nerveuses*. La *douleur* qui constitue ces coliques est vive, intermittente, ordinairement de courte durée, et se reproduisant à des intervalles d'autant plus courts, que la maladie est plus violente. C'est principalement autour de l'ombilic que commencent ces coliques, puis elles parcourent le ventre dans différents sens. M. Louis ne les a vues que deux fois, sur vingt-trois cas, suivre la direction du côlon transverse. En même temps le ventre est *douloureux à la pression*, surtout vers la région ombilicale. Rarement la douleur s'étend à des points éloignés, et jamais, ou presque jamais, elle n'envahit l'épigastre.

C'est peu après les coliques, comme je l'ai dit plus haut, que surviennent les *selles liquides*. Souvent alors les malades sentent dans l'abdomen des *borborygmes*, des mouvements qui contournent d'abord l'ombilic, qui se portent ensuite vers le bassin dans la direction du gros intestin, et sont immédiatement suivis du besoin d'aller à la garde-robe.

Les premières selles contiennent une plus ou moins grande quantité de matières fécales, dont une partie peut avoir encore conservé sa consistance ; mais bientôt après en surviennent d'autres entièrement liquides. Souvent ces matières ont une

(1) *Recherches sur l'affect. typhoïde et sur la phthisie.*

action corrosive qui se fait sentir à l'anus et déterminent une vive souffrance. Elles prennent alors un aspect presque séreux et paraissent seulement colorées par une plus ou moins grande quantité de bile. Le nombre de ces selles peut varier de quatre ou cinq à trente et même plus dans les vingt-quatre heures ; dans ce dernier cas, la maladie se rapproche du choléra sporadique.

Lorsque les selles sont très nombreuses, et qu'elles ont été précédées de coliques vives annonçant une grande intensité du mal, il n'est pas rare de voir survenir, outre la douleur de l'anus, un véritable *ténesme*, et même des déjections alvines composées en partie de *mucus sanguinolent ;* ce qui prouve encore combien sont peu fondées les divisions scolastiques établies, puisque ces symptômes sont ceux de la dyssenterie. Que s'est-il donc passé dans ces cas? Rien autre chose sans doute qu'une augmentation notable de l'inflammation, surtout dans le gros intestin.

Tels sont les symptômes principaux de l'entérite aiguë. Voyons maintenant ceux qui viennent s'y joindre, seulement dans un certain nombre de cas. Le plus souvent il n'y a *aucun mouvement fébrile*. Quelquefois seulement on observe les phénomènes suivants : quelques *frissons* légers, un peu de *sensibilité au froid* au début de la maladie et dans son cours ; une légère élévation de la *chaleur ;* des *sueurs* assez remarquables qui se montrent dans un bon nombre de cas, qui se manifestent souvent au début de la maladie et qui quelquefois sont abondantes ; enfin un peu d'accélération du pouls (quatre-vingts pulsations dans les observations de M. Louis) chez un petit nombre de sujets. Voilà ce qui constitue ce *mouvement fébrile*, qui, je le répète, n'a lieu que dans un petit nombre de cas, et principalement lorsque la maladie prend quelques caractères de la dyssenterie.

L'état des *forces*, quoiqu'un peu altéré, ne présente cependant *jamais de prostration* réelle. Enfin très rarement un peu de *céphalalgie*, point de symptômes cérébraux ; dans un petit nombre de cas seulement, des *nausées* et une perte plus ou moins complète de l'*appétit*, la *langue* blanchâtre ou naturelle, et non rouge, comme on l'a dit à tort : tel est l'ensemble des phénomènes qui constituent l'entérite.

On trouvera sans doute cette description bien différente de celle qui a été présentée par quelques auteurs ; mais c'est d'après les observations qu'elle est faite, et non d'après des articles où se trouvent réunis des cas de fièvre typhoïde, d'entérite compliquée, en un mot des affections où l'entérite ne se présente pas seule à l'observation. Je n'insisterai donc pas davantage, et je me contenterai de dire un mot de l'*entérite des nouveaux-nés*, qui diffère de celle des adultes par une plus grande gravité.

L'*entérite des nouveaux-nés* se montre assez fréquemment avec une grande violence, sans qu'aucune maladie antécédente soit nécessaire pour cela ; c'est sans doute l'état de faiblesse propre aux enfants qui explique cette facilité avec laquelle l'intestin s'enflamme fortement chez eux. Les symptômes de cette affection ne diffèrent pas sensiblement de ceux qu'on observe chez l'adulte. Les coliques, la diarrhée plus ou moins abondante, une certaine tension du ventre, un mouvement fébrile marqué, tels sont les phénomènes que l'on constate ; mais il y a ceci de remarquable, qu'au bout d'un certain temps il survient, dans un très grand nombre de cas, une nouvelle affection qui n'est autre chose que le *muguet*. J'ai vu aux

Enfants-Trouvés ces deux maladies se succéder d'une manière tellement constante, qu'il ne me paraît pas douteux que, dans la majorité des cas du moins, l'une ne soit la conséquence de l'autre. Tout récemment encore, j'ai vu plusieurs cas de muguet dans lesquels il était évident qu'une inflammation intestinale, déterminée par un mauvais régime, avait précédé l'inflammation pseudo-membraneuse de la bouche. Ce sont là les seules particularités qui méritent d'être signalées.

Il reste maintenant à dire un mot de certaines formes d'entérite décrites par les auteurs. Je me suis déjà expliqué sur l'*entérite circonscrite* et sur l'*entérite diffuse*, et j'ai dit que les signes invoqués dans le but de les faire distinguer n'étaient point suffisants, du moins dans la majorité des cas. Relativement à la nature des matières rendues par les selles, on a distingué l'entérite en *séreuse*, *muqueuse*, *bilieuse*, *stercorale*; mais on voit trop souvent ces diverses espèces de matières se succéder dans un seul et même cas, pour qu'on puisse fonder sur elles de véritables variétés. On a encore admis les entérites *phlegmoneuse*, *érythémateuse*, *rhumatique*, *arthritique*, *hémorrhoïdale*, *catarrhale*, etc. Il serait trop long d'énumérer toutes ces espèces, dont quelques particularités insignifiantes ont été le motif. Disons qu'au lit du malade toutes ces prétendues variétés disparaissent, et que l'influence plus grande de tel ou tel traitement, dans tel ou tel cas, n'est nullement démontrée. Il serait donc inutile de chercher à donner les caractères de ces diverses formes, que le raisonnement plutôt que l'observation a fait admettre.

Un mot seulement sur l'*entérite pseudo-membraneuse*, à laquelle quelques auteurs ont donné une assez grande importance. Il est évident que, dans le plus grand nombre des cas où l'on a mentionné l'existence d'une fausse membrane dans l'intestin, on avait eu affaire à une *dyssenterie*. Dans les autres, il existait presque toujours une grande tendance à la formation des fausses membranes, et c'est, comme l'a fait remarquer M. Bretonneau, chez des sujets offrant dans le pharynx, dans les fosses nasales, etc., des pseudo-membranes diphthéritiques, qu'on en a trouvé de semblables dans l'intestin. Ainsi, d'une part, nous avons, comme on le voit, des cas de dyssenterie véritable, et, d'autre part, des cas compliqués où l'entérite n'est qu'un phénomène accessoire, quoique annonçant une grande gravité de la maladie. C'est pourquoi je n'entrerai pas dans de plus grands détails sur ce point.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est presque toujours très aiguë et très rapide. Bientôt portée au plus haut degré, l'entérite diminue ensuite promptement et sans exacerbation marquée, à moins qu'un mauvais régime ne vienne l'entretenir. Dans les cas observés par M. Louis, la *durée* a été de trois à quatre jours, à partir de l'entrée à l'hôpital, ce qui suppose une durée moyenne d'un septénaire au plus. Les écarts de régime peuvent prolonger considérablement cette durée ; aussi trouve-t-on dans les auteurs des exemples d'entérite qui a duré vingt jours et plus.

La *terminaison* de la maladie est bien rarement fatale chez l'adulte, lorsqu'elle survient au milieu d'une bonne santé. M. Louis n'en a observé qu'un seul exemple (1). Nous avons vu que chez les enfants elle pouvait, lorsqu'elle était violente dès le début, se terminer assez promptement par la mort. Dans les cas où

(1) *Recherches sur la fièvre typhoïde*, 2e édit.

il existe une maladie grave, l'entérite s'ajoute aux causes de mort et peut hâter souvent la terminaison fatale.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques de l'entérite n'ont guère été décrites que dans des cas où l'inflammation intestinale était survenue comme complication d'une autre maladie, et il semble, au premier abord, qu'on n'en puisse rien conclure relativement à l'entérite simple ; mais les symptômes sont tellement identiques dans l'un et dans l'autre cas, qu'on ne peut douter que les lésions qui les produisent ne soient les mêmes. C'est d'ailleurs ce qui a été démontré directement dans le cas simple observé par M. Louis.

La rougeur, la tuméfaction, le ramollissement de la membrane muqueuse et du tissu sous-muqueux, soit de l'intestin grêle seul, soit des deux intestins à la fois dans une plus ou moins grande étendue, tels sont les principaux caractères de cette inflammation. On a, dans quelques cas, trouvé des excoriations superficielles et une infiltration sanguine du tissu sous-muqueux ; mais jamais ces lésions profondes et occupant un siége spécial (les plaques de Peyer) que l'on rencontre dans la fièvre typhoïde. Dans deux cas chez des enfants (1), j'ai trouvé une ou deux petites ulcérations qui n'avaient point de caractère particulier et que je n'ai pu rattacher à la fièvre typhoïde.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Le *diagnostic* de l'entérite simple, envisagée d'une manière générale, est assurément un des plus faciles. En effet, les coliques promptement suivies d'une diarrhée d'abord fécale, puis plus ou moins séreuse, appartiennent en propre à cette affection. Cependant, par suite des discussions auxquelles, comme nous l'avons vu plus haut, a donné lieu la nature de la maladie, on éprouve parfois une assez grande difficulté à préciser le diagnostic.

Et d'abord, comment distinguerons-nous l'entérite simple de certains cas de *dyssenterie?* Dans des cas de dyssenterie sporadique et au début de l'affection, la chose est à peu près impossible. Nous verrons en effet plus loin que cette espèce de dyssenterie commence parfois presque comme une entérite simple ; mais au bout d'un certain temps les selles deviennent entièrement muqueuses, sanguinolentes, mêlées de débris pseudo-membraneux, sanglantes et parfois purulentes : on reconnaît alors qu'il existe une véritable dyssenterie. N'y aurait-il donc, dans la dyssenterie sporadique, autre chose qu'une entérite portée à un très haut degré ? C'est un point sur lequel il est très difficile de se prononcer ; car malheureusement les descriptions de dyssenterie que nous possédons se rapportent presque toutes à des épidémies où la maladie peut avoir très bien présenté des caractères spéciaux, et, d'une autre part, le début et la marche des premiers symptômes ont été presque complétement négligés. Aussi, ne pouvant nous prononcer sur ce point, dirons-nous seulement que la dyssenterie sporadique présente un grand nombre des caractères de l'entérite simple élevée à un très haut degré, sans que toutefois il faille en rien préjuger sur la nature de la dyssenterie épidémique.

(1) *Clin. des malad. des enfants nouv.-nés;* Paris, 1838, p. 462.

L'entéralgie n'a de commun avec l'entérite que la douleur et quelquefois des évacuations liquides, mais passagères, et alternant avec la constipation.

Quant à la *fièvre typhoïde*, ce n'est qu'à une époque où l'observation n'avait point encore prononcé que l'on a pu la regarder comme une simple entérite. Les recherches des auteurs modernes, et surtout celles de M. Louis, ont établi de telles différences entre ces deux affections, qu'il est aujourd'hui inutile de revenir sur une question aussi complétement jugée. J'indiquerai seulement, dans le tableau du diagnostic, les principaux caractères des deux affections mises en regard par M. Louis (1).

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de l'entérite simple et de la dyssenterie sporadique.*

ENTÉRITE SIMPLE.	DYSSENTERIE SPORADIQUE.
Selles d'abord *fécales*, puis *séreuses*, *bilieuses*.	Selles *muqueuses*, mucoso-*sanguinolentes*, sanglantes, débris *pseudo-membraneux*, parfois selles *purulentes*.
Évacuations généralement *moins fréquentes*.	Évacuations généralement *plus fréquentes*.
Ténesme moins violent et moins fréquent.	*Ténesme* plus violent et plus fréquent.

2° *Signes distinctifs de l'entérite simple et de la fièvre typhoïde.*

ENTÉRITE SIMPLE.	FIÈVRE TYPHOÏDE.
Selles *plus* nombreuses ; *promptement réduites* par le traitement.	Selles *moins* nombreuses ; diarrhée *persistante*.
Coliques *plus violentes* et *plus fréquentes*.	Coliques *moins violentes* et *moins fréquentes*.
Ni météorisme, *ni développement* de la rate, *ni douleurs* épigastriques.	*Météorisme*, *développement* de la rate, *douleurs* épigastriques.
Langue *naturelle*.	Langue *altérée* dans les cas graves.
Appétit *souvent conservé*, *promptement rétabli*.	Appétit *nul*.
Point de symptômes cérébraux, ni nerveux.	*Symptômes cérébraux* et nerveux.
Pas de prostration des forces.	*Prostration* des forces plus ou moins considérable.
Ni *épistaxis*, ni *taches* roses lenticulaires.	*Épistaxis*, *taches* roses lenticulaires.
Mouvement fébrile *nul* ou *très léger*.	*Fièvre* plus ou moins intense.
Durée courte.	*Durée* moyenne *dépassant deux septénaires*.
Mortalité *nulle*.	Mortalité toujours *assez notable*.

Pronostic. Ce que j'ai dit plus haut me dispense de parler longuement du pronostic. Nous avons vu, en effet, que la seule circonstance qui rende l'affection réellement grave est l'état de faiblesse des malades résultant de l'âge très peu avancé ou de l'état de maladie dans lequel survient l'entérite.

§ VII. — Traitement.

Dans la très grande majorité des cas, le traitement de l'entérite aiguë est des plus simples. On voit, en effet, sous l'influence de quelques *émollients* et des *opiacés* à petite dose, la maladie céder très promptement. Dans les cas observés par M. Louis, et où la maladie s'est présentée quelquefois avec un haut degré d'in-

(1) *Examen de l'examen de M. Broussais* ; Paris, 1834, p. 104.

tensité, il a suffi de donner aux malades de l'*eau de riz* pour boisson, de leur administrer une ou deux fois par jour un quart de lavement d'*eau de guimauve* avec huit, dix ou douze gouttes de *laudanum*, et de les soumettre à une *diète sévère*, pour voir toujours la maladie diminuer, comme je l'ai dit plus haut, dans le second jour du traitement, et la guérison être complète au bout de huit jours.

Il serait donc bien inutile de multiplier les moyens thérapeutiques contre une affection qui guérit avec tant de facilité. Je dirai cependant que quelques médecins ont conseillé les *émissions sanguines*, et principalement les *sangsues à l'anus*; mais ce qui précède prouve que ce moyen, qui n'a, il est vrai, aucun danger, n'a pas non plus d'utilité réelle, à moins de circonstances tout exceptionnelles.

Lorsque la diarrhée est très considérable, on conseille d'administrer l'*eau albumineuse*. M. Mondière a principalement insisté sur l'efficacité de ce moyen. Cette tisane, également prescrite dans la dyssenterie, se prépare ainsi qu'il suit :

℞ Eau à une faible températ. 1000 gram. | Blancs d'œufs................ n° 6

Agitez doucement jusqu'à ce que le mélange soit parfait, et ajoutez :

Eau de fleurs d'oranger..... 4 gram. | Sucre.................... Q. s.

D'autres emploient, concurremment avec les moyens précédents, de légers *astringents*, surtout en lavements. Ainsi, on donnera un lavement d'*eau d'orge*, avec addition de *ratanhia* 8 ou 10 grammes. Mais ces moyens sont principalement employés dans l'entérite chronique, dont je vais bientôt dire un mot. Il en est de même des lavements avec de légers *cathérétiques*, et en particulier avec le *nitrate d'argent*, qui n'agissent que sur la membrane du gros intestin.

Si, avec Stoll, on admettait l'existence d'une *entérite bilieuse*, on serait porté à employer les *vomitifs* et les *purgatifs*; mais rien n'autorise à mettre en usage ces moyens, sur lesquels je reviendrai à propos de la dyssenterie; car il ne peut y avoir aucun avantage à compliquer ainsi un traitement, lorsque les agents les plus simples réussissent si bien. Je me contenterai de réunir ceux-ci dans une ordonnance.

Ordonnance.

1° Pour tisane, légère décoction de riz, avec addition de sirop de gomme ou de sirop de coing.

2° Tous les jours, une ou deux fois, un quart de lavement d'eau de guimauve ou de graine de lin avec addition de

Laudanum de Sydenham. 10 à 12 gouttes. | Amidon............... 3 ou 4 gram.

Chez les enfants nouveau-nés, la dose du laudanum sera d'une goutte seulement, et celle de l'amidon de 2 grammes. A l'âge de trois ou quatre ans, on pourra élever la dose du laudanum à deux gouttes, et ainsi de suite.

3° Si les douleurs du ventre sont très vives, un cataplasme laudanisé sur l'abdomen.

4° Au fort de la maladie, diète absolue. Après l'amendement des principaux symptômes, commencer l'alimentation par des bouillons, de simples potages au riz, puis des œufs à la coque, et aller progressivement avec prudence.

Il serait inutile de donner un résumé de ce traitement.

Contre l'*entérite des nouveaux-nés* causée par une nourriture féculente, il suffit de changer le régime et de mettre les enfants exclusivement au sein (1).

ARTICLE III.

ENTÉRITE CHRONIQUE.

L'entérite chronique est une affection qui ne se montre presque jamais que dans le cours de maladies graves également chroniques. Dans les cas où l'on a vu cette maladie se prolonger pendant plusieurs septénaires, on a presque toujours trouvé la cause de cette longue durée dans des écarts de régime qui n'avaient pas ôté à l'affection son caractère, puisqu'un régime sévère et un traitement bien entendu en faisaient en très peu de temps justice. On comprendra donc facilement pourquoi je ne dirai ici que très peu de mots de cette espèce d'entérite.

Des *selles liquides*, qui ne dépassent pas ordinairement cinq ou six dans un jour, qui conservent leur aspect *stercoral*, qui ne sont remarquables que par leur liquidité ; quelques *coliques*, des *gargouillements*, un *amaigrissement* plus ou moins notable, la *sécheresse de la peau*, l'*altération de la face*, un peu d'*accélération du pouls*, tels sont les symptômes qu'on attribue à cette maladie à son état de simplicité ; mais nous n'en avons pas d'exemple bien authentique.

Dans un cas observé par M. Trousseau, des symptômes cérébraux survenus dans le cours d'une entérite chronique, chez un enfant, ont simulé une méningite. L'autopsie a démontré que cette affection n'existait pas (2).

C'est principalement chez les sujets affectés de tubercules, que l'on rencontre cette affection de l'intestin dont j'ai suffisamment parlé à propos de la *phthisie pulmonaire*.

On emploie, pour la combattre, les mêmes moyens qui sont mis en usage chez les tuberculeux affectés de diarrhée chronique ; c'est-à-dire, les *opiacés*, les *astringents*, quelques *excitants externes ;* ou bien on a recours à diverses médications particulières, aux *toniques*, aux *ferrugineux*, aux *eaux minérales* naturelles, comme l'*eau de Bussang*, etc. Mais ce serait entrer dans des détails inutiles que d'insister sur une affection, décrite, il est vrai, dans les auteurs, mais bien rarement observée.

ARTICLE IV.

DYSSENTERIE.

La dyssenterie est une affection connue dès la plus haute antiquité. Hippocrate en parle en plusieurs endroits de ses ouvrages (3), et après lui un nombre infini d'auteurs en ont fait le sujet de leurs études. Pour faire comprendre combien on a écrit sur cette affection, il suffit de dire que le nom des auteurs et les titres de leurs ouvrages tiennent plus de trente pages dans le traité de Jos. Frank. Parmi ces innombrables recherches, signalons comme les plus célèbres celles de Syden-

(1) Voy. mon *Mémoire précédemment cité* (*Bull. de thér.*, mars 1846).
(2) *Bull. de thér.*, décembre 1846.
(3) *Œuvres d'Hippocrate*, trad. par Littré : *De l'air, des eaux et des lieux* ; *Des épidémies* ; *Du régime*.

ham, de Zimmermann (1), Stoll (2), Pringle (3), et, dans ces dernières années, les relations d'épidémies de MM. Trousseau et Parmentier (4), de M. Thomas, de Tours (5), de MM. Masselot et Follet (6), et les recherches d'anatomie pathologique de M. Gély (7). M. le docteur Colin a donné (8) une bonne description d'une épidémie de dyssenterie qui a régné à la fin de 1846 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Louis.

Malgré ces recherches si nombreuses, il est plusieurs points de l'histoire de la dyssenterie qui sont encore enveloppés de doute et d'obscurité. On n'est d'accord ni sur la nature de la maladie, ni sur les lésions anatomiques qui la caractérisent, et les études attentives auxquelles les progrès de l'anatomie pathologique ont permis de se livrer récemment n'ont pas encore levé toutes ces difficultés. Nous verrons dans le cours de cet article quelles sont les opinions qui paraissent le mieux fondées.

On a divisé la dyssenterie en plusieurs espèces qui, dans l'opinion des auteurs, ont une grande importance ; mais on s'aperçoit bientôt que la plupart des divisions qu'on en a données sont fautives, parce que les auteurs ont confondu sous le nom de *dyssenterie* des maladies très différentes, par la seule raison qu'il y avait un *flux de ventre* plus ou moins abondant. C'est ce qu'on remarque surtout dans la division de Stoll, qui a cherché à établir six espèces de dyssenterie. Bornons-nous à dire qu'aujourd'hui on ne reconnaît que la *dyssenterie non fébrile* et la *dyssenterie fébrile*, la *dyssenterie aiguë* et la *dyssenterie chronique*. Il faut toutefois ajouter à cette division la distinction de la maladie en *sporadique* et *épidémique*, qui est très importante.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

On ne peut, dans l'état actuel de la science, définir la dyssenterie ni par sa nature, ni par les lésions anatomiques auxquelles elle donne lieu. A l'exemple des autres auteurs, contentons-nous d'indiquer ses principaux symptômes. C'est une affection caractérisée par des selles nombreuses, avec douleurs de ventre plus ou moins vives et rejet de matières muqueuses, mucoso-sanguinolentes, parfois sanglantes. Il est quelques autres symptômes qui ne manquent pas d'intérêt, mais qu'il serait inutile d'indiquer ici, ceux qui viennent d'être énumérés étant suffisants pour caractériser l'affection.

La dyssenterie a été désignée sous les noms de *tormina; fluxus dyssentericus, cruentus, torminosus; rheuma ventris; febris dyssenterica, flux de sang; colite aiguë*, etc. Le mot de *dyssenterie*, qui ne présume rien en la nature de la maladie, est le plus convenable, puisque cette nature n'est pas encore parfaitement déterminée.

La dyssenterie légère, non fébrile, s'observe *souvent* à l'état sporadique ; mais il n'en est pas de même de la dyssenterie grave, qui se montre bien plus souvent,

(1) *Traité de la dyssenterie*; Paris, 1787, in-12.
(2) *Rat. med.*, t. III, p. 247.
(3) *Maladies des armées, dans les camps et les garnisons*; Paris, 1793, in-12.
(4) *Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. XIII et XIV.
(5) *Arch. gén. de méd.*, 2e série, t. VII, VIII et IX.
(6) *Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1843, t. I, p. 434 ; t. II, p. 51 et 147.
(7) *Journ. de méd. de la Loire-Inférieure*, 1838.
(8) *Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1848, t. XVI, p. 422.

au contraire, à l'état épidémique. Les épidémies de dyssenterie sont peut-être *les plus fréquentes* de toutes. La plupart des auteurs cités ont eu en vue, dans leurs recherches, quelqu'une de ces épidémies observées dans des lieux très différents.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Voici comment s'exprime à ce sujet le docteur Ozanam (1), qui a rassemblé les principales histoires d'épidémies : « D'après les relations que nous venons de rapporter, nous voyons que la dyssenterie se manifeste dans tous les climats, dans toutes les saisons, qu'elle n'épargne ni âge, ni sexe, ni condition ; de sorte qu'il est impossible de lui assigner une cause première bien déterminée. »

Voici toutefois ce que, d'après des impressions générales plutôt que d'après des recherches rigoureuses, les auteurs nous apprennent sur les causes prédisposantes. Il ne résulte pas évidemment des faits qu'un *âge* soit plus exposé que les autres à la dyssenterie. Si, dans certaines épidémies, on a vu soit les enfants, soit les vieillards, en être plus facilement atteints, ce sont des faits exceptionnels sur lesquels on ne peut établir une règle générale. Nous n'avons rien de précis à dire relativement à l'influence du *sexe*.

On admet généralement que les individus atteints d'une *affection antécédente* et dont la *constitution* est plus ou moins *détériorée*, contractent facilement la dyssenterie. Sans nier la possibilité du fait, disons que plusieurs des auteurs qui ont défendu cette opinion, et en particulier M. Fallot (2), ont rangé sous le titre commun de dyssenterie plusieurs affections différentes, et en particulier de simples entérites.

Un *régime* irritant, les *excès*, l'*abus des purgatifs*, prédisposent-ils à la dyssenterie ? C'est ce qui n'est point démontré. Nous ne sommes pas plus instruits relativement au *tempérament*. C'est sur de simples hypothèses ou sur des faits exceptionnels qu'on a établi l'*hérédité* de la dyssenterie.

Climats. Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que le climat a une grande influence. C'est surtout dans les *régions intertropicales* qu'on observe la maladie à l'état endémique, et que les épidémies sont le plus fréquentes.

Saisons. D'après ce que nous avons vu plus haut, et suivant l'opinion de M. Ozanam, les saisons n'auraient pas une très grande influence. Cependant un très grand nombre d'épidémies ont été observées au commencement de l'*automne*, et se sont ensuite prolongées pendant l'*hiver*. C'est au passage rapide d'une grande chaleur au froid humide qu'on attribue le développement de la maladie.

Relativement aux *localités* et aux *professions*, je me contenterai de dire que les données que nous avons sur ces divers points sont tout à faits insuffisantes. MM. Masselot et Follet n'ont rien trouvé, dans ces conditions, qui pût rendre compte de la maladie épidémique qui a régné à Versailles en 1842.

2° Causes occasionnelles.

On doit diviser ces causes en celles qui produisent des épidémies et celles qui donnent lieu aux cas isolés de dyssenterie.

(1) *Hist. des malad. épidémiques.*

(2) *Mémoire sur une dyss. épid. observ. à l'hôp. milit. de Namur, dans l'hiver de* 1831 *à* 1832 *Arch. gén. de méd.*, t. XXIX, p. 293, 486.

Nous avons vu plus haut que le passage d'une *température très élevée* à une *température froide et humide* était regardé comme la principale cause des épidémies. Quelques auteurs ont pensé qu'il fallait plutôt les attribuer à la *chaleur humide*. Enfin, on regarde comme très propres à produire l'affection, les *changements brusques* de température, et c'est ainsi qu'on explique son état endémique dans les régions intertropicales.

C'est aussi comme *causes occasionnelles des épidémies* qu'on a cité les *grandes fatigues* éprouvées par les corps d'armée, l'*alimentation insuffisante*, l'usage des *fruits* appelés *froids* ou des *fruits verts;* les passions tristes, l'effroi; en un mot, tout ce qui tend à débiliter profondément l'économie. Mais c'est surtout aux *exhalations miasmatiques* qu'on a donné une grande importance. On a cité un grand nombre de faits qui tendent à prouver que les émanations des *corps en putréfaction* produisent la dyssenterie, même avec un caractère épidémique. Tout le monde connaît le fait rapporté par Desgenettes : une épidémie fut produite au Caire par des émanations miasmatiques qui s'échappaient du corps d'un animal en putréfaction. MM. Masselot et Follet ont été peut-être plus loin que tous les auteurs qui les ont précédés, puisqu'ils ont attribué la maladie à un véritable empoisonnement par des *effluves marécageux*. Voici sur quoi ils se sont fondés : ils ont noté qu'avant et pendant l'épidémie, les vents ont principalement été à l'est; or, à Versailles, les marécages sont situés dans cette direction. En outre, ils ont remarqué que l'épidémie avait été précédée et accompagnée d'un grand nombre de fièvres intermittentes. Ils en ont conclu qu'il y avait une analogie évidente entre ces deux maladies, et que, par toutes ces raisons, il fallait les attribuer à la même cause. Je n'ai pas besoin de faire remarquer qu'il n'y a pas là une véritable démonstration; c'est un simple aperçu qui a besoin d'être vérifié, et que de nouveaux faits pourront seuls confirmer ou infirmer.

Quant aux *causes occasionnelles qui produisent la maladie dans des cas isolés*, ou qui, dans le cours d'une épidémie, la déterminent chez les divers individus, elles ne diffèrent pas sensiblement de celles qui viennent d'être énumérées : ainsi, les excès, les irritants du tube digestif, les passions tristes, l'inspiration de matières putrides, l'usage des fruits verts, une nourriture insuffisante, etc., peuvent donner lieu à une dyssenterie sporadique, ou bien, l'épidémie existant, produire la maladie chez un sujet qui, sans l'action de ces causes, n'en aurait peut-être pas été atteint. On possède un nombre assez considérable d'exemples de sujets affectés de dyssenterie pour avoir assisté à une exhumation faite sans précaution, à l'ouverture de fosses d'aisances, à la dissection d'un cadavre exhalant une odeur putride, etc.

Reste maintenant la question de la *contagion*. Ici nous nous trouvons arrêté par d'assez nombreuses difficultés. Pour les uns, rien n'est mieux démontré; pour d'autres, au contraire, cette cause n'existe pas, même dans les cas d'épidémie, et il n'y a alors qu'une simple *infection*. Les observations ne sont généralement pas assez précises pour qu'on puisse se prononcer formellement sur ce point; cependant il est un certain nombre de faits qui tendent à prouver l'existence de la contagion, au moins dans certains cas particuliers, et c'est ainsi qu'on assure avoir vu des sujets contracter la dyssenterie pour s'être assis sur un bassin contenant des matières rendues par un dyssentérique. N'y aurait-il pas toutefois, dans ces cas, une action semblable à celle des corps en putréfaction? On a vu aussi cette affection

être apportée par des malades dans un lieu où elle n'existait nullement, et se communiquer assez rapidement. Je citerai, par exemple, le fait suivant rapporté par M. Fallot : des soldats venant de l'hôpital de Louvain introduisirent, dans l'hôpital de Namur, la dyssenterie, qui fut ensuite contractée par d'autres malades, et ne franchit pas les limites de l'hôpital. En somme, on voit, d'après toutes les hésitations dans lesquelles nous avons dû nécessairement rester au sujet de presque toutes les causes, combien il reste encore à faire sur ce sujet, et combien seraient intéressantes des recherches exactes et rigoureuses.

§ III. — Symptômes.

Pour faire la description de la dyssenterie, il n'est point utile de diviser cette affection en sporadique et épidémique. S'il est vrai, en effet, que, dans les épidémies, cette maladie acquière ordinairement une violence extraordinaire; s'il est vrai aussi qu'à l'état sporadique elle présente presque toujours un caractère de bénignité, il n'est pas douteux que parfois des cas isolés ne soient tout aussi intenses que des cas épidémiques, et que, par contre, dans les épidémies on ne rencontre des cas aussi légers que ceux de la dyssenterie sporadique.

M. le docteur Cornuel (1), dans un mémoire très intéressant sur la dyssenterie qui a régné à la Guadeloupe, en 1837, a distingué les espèces suivantes : *dyssenterie gangréneuse et mucoso-sanguinolente*, *dyssenterie bilieuse* et *dyssenterie séreuse*. Cette division a une certaine importance sous quelques points de vue. Mais on voit bientôt qu'elle est fondée sur la gravité plus ou moins grande de l'affection qui se traduit par la nature des excrétions, plutôt que sur des différences capitales.

Il vaut mieux, par conséquent, diviser l'affection en *fébrile* et *non fébrile;* car, on peut le dire sans crainte, les signes de la réaction donnent, à une certaine époque de la maladie du moins, la mesure de la violence du mal.

1° *Dyssenterie non fébrile.* C'est celle que quelques auteurs ont décrite sous le nom de *bénigne;* c'est celle aussi qu'on observe presque toujours, comme je l'ai dit plus haut, dans les cas de dyssenterie *sporadique*. Ses symptômes se rapprochent beaucoup, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer, de ceux de l'entérite simple. Elle débute ordinairement par des coliques, des tortillements dans le ventre, bientôt suivis de douleurs plus intenses dans le trajet du côlon et d'un besoin pressant d'aller à la garde-robe. Ces coliques et ces selles se répètent à des intervalles ordinairement courts, et bientôt survient le symptôme auquel on a donné le nom de *ténesme*. Les malades éprouvent le besoin d'aller à la garde-robe; ils sentent des épreintes dont le siége est ordinairement vers la partie inférieure du gros intestin, et s'ils se présentent au bassin, ils font des efforts fatigants, douloureux, qui ne sont suivis de l'expulsion d'aucune matière.

Les *matières* rendues sont d'abord fécales et liquides. Quelquefois elles contiennent des portions d'aliments mal digérés ; plus tard, ce n'est plus qu'un *mucus sanguinolent*, visqueux, parfois spumeux. Quelquefois aussi on trouve dans les matières des *débris pseudo-membraneux*, sur la nature desquels je m'expliquerai plus tard; mais il faut dire que dans les cas dont il s'agit ici, cette circonstance est très rare.

(1) *Mém. sur la dyssent. observée à la Basse-Terre* (*Guadeloupe*), dans les *Mém. de l'Acad. royale de méd.*, t. VIII, 1840.

Je ne parlerai point de plusieurs autres symptômes attribués à cette espèce de dysenterie, parce qu'ils appartiennent spécialement à celle dont il va être question tout à l'heure, et je me contenterai d'ajouter qu'une *faiblesse* plus ou moins grande, une certaine *sensibilité au froid*, un *pouls* normal ou un peu faible et ralenti, sont les seuls *symptômes généraux* qui accompagnent cette affection légère.

2° *Dyssenterie fébrile.* Cette forme est celle qui se montre presque exclusivement dans le cours des épidémies. On l'a appelée *dyssenterie maligne*, *grave*, etc. C'est en effet surtout par la différence d'intensité des symptômes qu'elle se distingue de la précédente. MM. Masselot et Follet ont dit cependant que, dans les cas très graves, la réaction est nulle ; mais ce fait, qui est démenti par un nombre très considérable d'observations, n'a été avancé sans doute par ces deux observateurs distingués que parce qu'ils ont examiné les malades à une époque trop avancée. On voit, en effet, dans leur mémoire, des cas d'une gravité excessive être accompagnés d'un mouvement réactionnel évident, et l'on y voit aussi que, dans un certain nombre de cas, ils ont négligé de constater les symptômes généraux.

Début. Le début de l'affection est très différent suivant les cas. Tantôt, en effet, la dyssenterie commence par les symptômes locaux, et tantôt ceux-ci ne surviennent qu'après des symptômes généraux plus ou moins intenses et d'une durée variable. Dans ce dernier cas on observe un peu de céphalalgie, de la soif, quelquefois des vomissements, l'accélération du pouls, l'élévation de la chaleur, puis surviennent les coliques, et la dyssenterie se montre rapidement avec tous ses caractères. Dans les cas d'une gravité extrême, les malades passent très promptement de l'état de santé à un état très grave, parce que les symptômes généraux et les symptômes locaux sont survenus tous ensemble avec une excessive promptitude ; parfois il suffit de symptômes locaux très violents pour produire cet effet. Cette espèce de *début foudroyant* ne s'observe guère que dans les épidémies.

Symptômes. Les *coliques* sont souvent d'une violence extrême ; elles occupent presque toute l'étendue du ventre, mais principalement le trajet du gros intestin. Les *selles liquides* leur succèdent promptement, comme dans la forme précédente, mais elles deviennent plus rapidement muqueuses, mucoso-sanguinolentes, parfois fortement imbibées de sang. C'est surtout dans ces cas que le *ténesme* est remarquable. On a vu des sujets se présenter jusqu'à cent et deux cents fois à la garde-robe, éprouver des tranchées extrêmement violentes, et ne rien rendre ou n'expulser qu'une très petite quantité de *matières glaireuses* intimement mêlées à une petite quantité de sang. Il survient également des *douleurs* plus ou moins vives *à l'anus* ; le malade éprouve la sensation d'un corps étranger à la partie inférieure du rectum, ou bien un sentiment de cuisson qui peut aller jusqu'à une sensation de brûlure.

C'est surtout dans ces cas qu'on trouve dans les garde-robes ces *flocons*, ces *débris pseudo-membraneux*, qui quelquefois présentent la forme de l'intestin, et qui ont fait croire à l'expulsion d'une portion de l'organe lui-même, ou au moins de sa membrane interne. Je reviendrai sur ce point à l'occasion de l'*anatomie pathologique*.

Ce n'est qu'à une époque assez avancée de la maladie, lorsque celle-ci a pris un certain caractère de chronicité, qu'on trouve de véritable *pus* dans les selles ; encore faut-il dire que cette matière ne s'y rencontre pas aussi souvent que quelques

auteurs l'ont prétendu. MM. Masselot et Follet, qui ont fixé leur attention sur ce point, n'ont vu du pus rendu par les selles que dans un seul cas, mais ce cas était bien remarquable, puisque le pus s'écoulait pour ainsi dire involontairement.

Du côté des autres organes, on ne trouve rien qui soit en rapport avec la violence de ces symptômes concentrés dans l'abdomen. La perte de l'appétit, la soif, ordinairement vive, une gêne plus ou moins considérable de la respiration, occasionnée surtout par l'anxiété que produisent les coliques, tels sont les seuls symptômes organiques que l'on puisse rapporter à la dyssenterie.

Mais les *symptômes généraux* sont au contraire nombreux et ont une grande intensité. La *peau*, d'abord *chaude*, devient *froide*, surtout aux extrémités, lorsque la maladie a fait de grands progrès. Elle est ordinairement *sèche*, parfois *rugueuse ;* et ce n'est guère que dans la dyssenterie peu intense qu'on observe les *sueurs* plus ou moins abondantes que nous avons signalées dans l'*entérite aiguë*. Le *pouls*, qui est fréquent dans les premiers temps, devient ordinairement dur, puis petit, filiforme, misérable ; tantôt il conserve sa fréquence ou en acquiert une plus grande encore, et tantôt il se ralentit d'une manière notable. Il en est de même des *battements du cœur*, qui ne présentent rien de particulier.

La *face*, qui dans les premiers moments manifestait par son expression de violentes angoisses, porte ensuite l'empreinte du découragement et de l'abattement. Les traits s'effilent, les yeux deviennent languissants et s'entr'ouvent avec peine. Parfois cette expression change, et les traits se grippent momentanément : c'est qu'il est survenu une colique ; mais, immédiatement après, l'expression d'abattement se reproduit. Dans les derniers moments, la face prend l'aspect auquel on a donné le nom de *facies hippocratique*.

Les *forces* sont promptement abattues dans la dyssenterie, et vers la fin de la maladie, lorsqu'elle doit se terminer par la mort, les malades ont l'attitude abandonnée ; si on les fait mettre sur leur séant, on est obligé de les soutenir.

La *sensibilité au froid* fait des progrès. On voit les malades se ramasser en peloton pour se réchauffer, et ordinairement ils tombent dans une *somnolence* fréquemment interrompue par les coliques et le besoin d'aller à la selle.

Cependant, au milieu de ces symptômes si graves, l'*intelligence* reste intacte, et si les sujets paraissent indifférents à ce qui se passe autour d'eux, c'est plutôt par suite de l'abattement des forces et de l'épuisement que leur ont causés d'aussi vives souffrances, que parce que leur intelligence est affaiblie. Enfin le *refroidissement* fait des progrès, la circulation et la respiration s'embarrassent de plus en plus, et les malades s'éteignent sans présenter d'agonie réelle, ou après une agonie de courte durée.

Dans les cas qui se terminent par la guérison, les coliques et les selles commencent d'abord à s'éloigner, puis elles deviennent notablement moins fréquentes et violentes. Ensuite on remarque quelques fragments de matières fécales enveloppés dans le mucus ; la chaleur revient, le pouls se relève, et les malades entrent dans une convalescence ordinairement très prompte.

Complications. C'est surtout d'après les complications qu'on a cherché à établir les diverses espèces de dyssenterie. Ainsi, on a décrit une *dyssenterie scorbutique* qui ne consiste en rien autre chose qu'en ces selles sanglantes qui se montrent dans le scorbut ; mais ce n'est pas là une dyssenterie, ce n'est qu'un symptôme de la

maladie principale. Plusieurs *éruptions* ont été observées dans le cours de la dyssenterie. On a voulu faire de cette complication une espèce particulière, sous le nom de *dyssenterie exanthématique*, *érysipélateuse*, *miliaire*, *bulleuse*, etc.; mais les recherches des auteurs n'ont nullement prouvé qu'il y eût autre chose dans ces cas que de simples coïncidences. J'en dirai autant des dyssenteries *rhumatismale* et *vermineuse*. Remarquons, en effet, que c'est dans des cas d'épidémie, et où par conséquent un grand nombre de sujets, dans des conditions très diverses, étaient affectés de la maladie, qu'on a rencontré ces complications, dont on a fait des espèces distinctes.

M. le docteur Cambay (1) a décrit une *dyssenterie hépatique*, c'est-à-dire une dyssenterie qui s'accompagne d'inflammation du foie. Il a remarqué que la dyssenterie hépatique peut se déclarer de trois manières différentes. Dans la première, la dyssenterie existe primitivement, et donne naissance à l'affection du foie ou en est suivie; dans la deuxième, l'affection du foie préexiste et cause consécutivement la dyssenterie; et enfin, dans la troisième, les deux maladies naissent simultanément, et il est impossible de reconnaître laquelle des deux affections a précédé l'autre.

Peut-être n'en est-il pas de même de celle qu'on a appelée *dyssenterie intermittente*. Plusieurs auteurs, et en particulier Torti (2), Morton (3), P. Frank (4), ont insisté sur cette espèce particulière, se fondant sur ce que les épidémies de dyssenterie ont coïncidé avec des épidémies de fièvres intermittentes, et sur ce que les fébricitants ont paru contracter la maladie plus facilement que les autres. Tout récemment encore, comme nous l'avons vu plus haut, MM. Masselot et Follet ont signalé cette coïncidence, qui a été remarquable dans l'épidémie décrite par eux, et ils ont été même jusqu'à regarder la cause de la dyssenterie et celle de la fièvre intermittente comme identiques. Ces faits sont intéressants, mais il serait utile qu'on en observât d'autres semblables avec la rigueur qu'on apporte aujourd'hui dans l'observation.

Je me bornerai à indiquer comme complications de la dyssenterie, les maladies des divers organes abdominaux : les *hémorrhoïdes*, les *angines*, etc. Tout porte à croire qu'il n'y a dans les cas de ce genre que de simples coïncidences.

Il est encore une espèce de dyssenterie qui a été admise par les auteurs, et qui ne dépend pas d'une complication, comme les précédentes : c'est la *dyssenterie des pays chauds*. Mais je n'ai rien trouvé de spécial dans les descriptions que nous en ont laissées les observateurs, et en particulier Sir G. Ballingal (5), cité par J. Brown (6). Toute la différence, s'il y en a une, est peut-être une plus grande intensité de l'affection, ce qui ne peut pas constituer une espèce particulière.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La *marche* de la dyssenterie non fébrile, aussi bien que de la dyssenterie fébrile, est ordinairement très rapide et continue. En quelques heures ou en très peu de

(1) *De la dyssent. et des malad. du foie qui la compliquent*; Paris, 1847.
(2) *Therapeutica specialis ad febres periodicas perniciosas.*
(3) *Opera medica.*
(4) *Traité de méd. prat.*, trad. par Goudareau; Paris, 1842.
(5) *Obs. on dysentery.*
(6) *Cycl. of pract. med.*, vol. I, art. DYSENTERY.

jours, l'affection est portée au plus haut degré. On a observé quelquefois des *rechutes* évidentes, soit qu'un mauvais régime les eût provoquées, soit que, dans une épidémie, il survînt une recrudescence au moment où le malade croyait toucher à la guérison. On a également noté assez fréquemment de véritables *récidives* ; car la dyssenterie n'est pas une de ces affections qu'on n'éprouve qu'une seule fois dans la vie. Certains sujets y sont particulièrement exposés, et en sont fréquemment atteints.

La *durée* est très variable ; elle est surtout très influencée par le traitement. La *dyssenterie non fébrile*, convenablement traitée, peut en effet se dissiper très bien en deux, trois ou quatre jours. La *dyssenterie fébrile*, au contraire, a une durée d'un septénaire au moins, et il n'est pas rare de la voir se prolonger davantage, surtout en temps d'épidémie.

La *terminaison* de la *dyssenterie non fébrile* est constamment favorable, à moins de circonstances tout exceptionnelles. La dyssenterie fébrile *sporadique* guérit facilement dans la plupart des cas : mais les choses se passent bien différemment dans la dyssenterie *épidémique*. D'après les relevés des auteurs, et de M. Ozanam en particulier, la dyssenterie serait peut-être, de toutes les affections épidémiques, celle qui se termine le plus fréquemment par la mort.

Dans l'épidémie observée par M. Cornuel (1), la mortalité a été de 11,41 sur 100.

Cette terminaison fatale peut avoir lieu en très peu de temps ; c'est ainsi qu'on a vu des sujets succomber en moins de deux ou trois jours. Quelquefois, au contraire, la maladie tend à passer à l'état chronique, et présente quelques caractères qui seront exposés un peu plus loin.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques de la dyssenterie ont soulevé, surtout dans ces derniers temps, des discussions fort intéressantes. Pour Hippocrate, il n'était pas douteux que cette affection ne fût occasionnée par des *ulcères intestinaux*. Cette croyance a été partagée jusqu'à l'époque où Sydenham a avancé que, dans un certain nombre de cas, il n'existait aucune ulcération. Il y a quelques années, M. Thomas, revenant à la manière de voir des anciens, fit des ulcères du gros intestin le caractère essentiel de la dyssenterie, et récemment MM. Gély, Masselot et Follet ont repris cette importante question.

Suivant tous ces auteurs, ce ne serait pas au début même de la dyssenterie qu'existeraient les ulcérations, mais seulement quelques jours après. Or que trouve-t-on avant l'apparition des ulcères? Rien que l'épaississement, le boursouflement, le ramollissement plus ou moins profond des parois de l'intestin, c'est-à-dire les signes d'une inflammation violente. On n'y voit pas, comme dans la *fièvre typhoïde* et la *phthisie*, des altérations toutes spéciales qui annoncent la nature primitivement ulcéreuse de la lésion. C'est là une première raison qui nous porte à croire que les ulcérations dyssentériques ne sont pas dues à autre chose qu'à une inflammation très violente. M. Thomas, il est vrai, dit les avoir vues constamment commencer par l'orifice des follicules ; mais M. Gély, qui a fait à ce sujet des recherches extrêmement intéressantes, a constaté maintes fois que l'ouverture béante des follicules gonflés pouvait en imposer pour une ulcération réelle. D'un autre

(1) *Loc. cit.*, p. 101.

côté, MM. Masselot et Follet, qui ont émis des opinions particulières dont je parlerai plus loin, attribuent l'ulcération à deux causes principales : d'abord au ramollissement du corps muqueux, et, en second lieu, à la gangrène.

De quelque manière que se forment ces ulcérations, elles se présentent sous des aspects très variés, et que M. Gély a très bien décrits. Tantôt ce sont de vastes destructions de la muqueuse, envahissant plus ou moins profondément les tissus sous-jacents, mettant parfois à nu la membrane musculaire, et parfois aussi pénétrant, comme M. Thomas en a cité des exemples, jusqu'à la membrane péritonéale. D'autres fois, on voit une multitude de petites ulcérations, ou plutôt de petits orifices ulcérés dans la membrane muqueuse, au-dessous de laquelle le tissu cellulaire est entré en suppuration. D'autres fois, enfin, il existe des *escarres gangréneuses*, détachées dans certains points, adhérentes dans d'autres ; et quelquefois ces lésions sont portées au point que toute l'étendue du gros intestin semble complétement détruite à sa face interne.

Ces ulcérations existent-elles dans la dyssenterie non fébrile ou sporadique, où dyssenterie bénigne de quelques auteurs ? C'est ce qui ne paraît nullement probable, d'après la rapidité extrême de la guérison, et c'est une nouvelle objection à ce qu'on admette l'ulcère comme le caractère essentiel de la dyssenterie.

Bien rarement on a vu ces ulcérations détruire toute l'épaisseur de l'intestin, et donner lieu à une perforation. Cependant on en a cité des exemples, et alors il est survenu une *péritonite suraiguë* qui a promptement enlevé les malades.

Une autre lésion qu'il est très important de constater, c'est l'existence d'une *production pseudo-membraneuse* qui vient recouvrir les ulcérations, et qui peut en imposer pour la membrane muqueuse elle-même. Cette production, très fréquente, explique la présence des débris pseudo-membraneux dans les selles. Nous verrons plus loin à quoi MM. Masselot et Follet l'ont attribuée.

Viennent ensuite des *bosselures* formées et par l'épaississement des tuniques et par la contraction des fibres musculaires, bosselures signalées par tous les auteurs ; puis le gonflement notable des follicules, puis les divers degrés de coloration qui appartiennent à l'inflammation, à ses diverses époques, depuis le rouge vif jusqu'au bleu ardoisé. C'est ordinairement le rouge sombre que l'on trouve, et MM. Masselot et Follet en ont conclu que les lésions n'étaient point dues à une véritable inflammation. Mais cette conclusion ne paraîtra guère légitime, si l'on se rappelle que, dans les inflammations les plus franches, c'est cette coloration que l'on retrouve le plus souvent après la mort.

Enfin, dans l'intérieur de l'intestin, on a trouvé du *mucus sanguinolent* en plus ou moins grande abondance ; quelquefois du sang pur qu'on a vu sourdre des parties ulcérées ; quelquefois un détritus brunâtre, verdâtre, évidemment *gangréneux* ; d'autres fois, des matières purulentes. Telles sont les lésions trouvées dans le principal organe affecté.

Voyons, maintenant, comment MM. Masselot et Follet expliquent leur formation. Suivant eux, la lésion, portant d'abord sur l'épiderme intestinal dont la présence a été signalée par M. Flourens, produit principalement cette altération qu'on a désignée sous le nom de *fausses membranes*. Puis survient le ramollissement du tissu muqueux et du tissu sous-muqueux, d'où résultent les ulcérations plus ou moins vastes dont nous avons parlé. Enfin, le ramollissement, faisant des progrès,

peut aller jusqu'à produire une véritable perforation. Cette exposition succincte des opinions de MM. Masselot et Follet, qui, du reste, sont fondées sur une dissection habile et attentive, ne sont-elles pas, comme je le disais plus haut, plutôt en faveur de la nature inflammatoire de l'affection qu'en faveur de toute autre manière de voir?

Les auteurs que je viens de citer pensent que c'est par erreur qu'on a admis que la membrane muqueuse peut se détacher, et ils croient qu'on a pris pour la muqueuse une simple pseudo-membrane ; mais M. Cambay (1) a pu plusieurs fois constater, chez des sujets affectés de la dyssenterie, la séparation d'une portion de la muqueuse qui se détachait comme une fausse membrane. La dissection à laquelle s'est livré M. Cambay a été si attentive, elle a été plusieurs fois faite avec l'assistance de médecins si compétents, qu'on ne peut plus avoir de doute à ce sujet.

Les altérations trouvées dans les autres organes n'ont pas une grande importance. Quelques lésions inflammatoires dans l'estomac et l'intestin grêle ; le ramollissement du foie, des reins, de la rate, des ecchymoses signalées principalement par MM. Masselot et Follet, et occupant la plupart des organes ; la rétraction de la vessie, la distension de la vésicule du fiel par une bile noire, poisseuse et grumeleuse, telles sont celles qui méritent d'être mentionnées. Elles paraîtront sans doute bien plutôt l'effet que la cause réelle de la maladie. Cependant MM. Masselot et Follet, se fondant sur ces diverses lésions et sur une analyse du sang des dyssentériques, qui a montré, d'une part, une diminution notable de la fibrine et des globules, et, de l'autre, une grande augmentation de la partie séreuse, ont voulu faire de cette affection une maladie primitivement générale, consistant principalement dans une altération du sang. Mais les expériences sont évidemment insuffisantes. Il aurait fallu, en effet, rechercher si le sang était déjà altéré lors de l'apparition des premiers symptômes, et, d'un autre côté, dans un très grand nombre de cas, la dyssenterie, à son début, paraît tellement bornée à l'intestin, si bien localisée, qu'on a peine à concevoir une altération du sang. Sans doute, dans les épidémies il y a quelque chose qui nous échappe, une cause inconnue ; mais il n'est nullement démontré que cette cause se trouve dans une altération primitive des liquides.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

La dyssenterie est une affection qu'il est généralement très facile de diagnostiquer. Parmi les maladies que l'on pourrait confondre avec elle, on a cité d'abord les *hémorrhoïdes internes*. On sait que dans cette maladie il y a des épreintes, des déjections sanguinolentes, et qu'un certain degré d'inflammation de la partie inférieure du rectum peut rendre ces symptômes assez intenses ; mais, dans un cas douteux, le toucher rectal lèverait tous les doutes ; il n'y a donc pas lieu à s'arrêter plus longtemps sur ce diagnostic.

Nous avons vu la difficulté qu'il y avait à distinguer, au début, la dyssenterie non fébrile, de la simple *entérite*. Plus tard, la présence des mucosités sanguinolentes, les douleurs dans le trajet du côlon, le ténesme, suffisent pour faire cesser les incertitudes.

Le *choléra-morbus* diffère à tel point de la dyssenterie, qu'il n'est pas nécessaire d'établir un diagnostic à ce sujet.

(1) *Loc. cit.*

Quant aux diverses *coliques* qui s'accompagnent de dévoiement, comme la *colique de cuivre*, la *colique de plomb*, dont il sera question aux chapitres consacrés aux empoisonnements, je renvoie après leur description l'exposition de leur diagnostic.

Pronostic. Nous avons vu que, dans les épidémies, la dyssenterie était une maladie excessivement grave ; l'affaiblissement et le ralentissement du pouls, l'abattement complet des forces, des déjections ou un ténesme continuel, annoncent une mort prochaine.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de la dyssenterie est presque aussi riche et aussi varié que celui du choléra-morbus épidémique ; mais nous devons nous borner à passer en revue les médications le plus généralement employées.

Émissions sanguines. Dans ces dernières années, où l'on ne se proposait que d'attaquer vigoureusement l'inflammation, les saignées générales et locales ont été presque exclusivement vantées ; mais déjà, longtemps auparavant, un bon nombre d'auteurs avaient regardé ce moyen comme très efficace. On peut citer en particulier Sydenham, Zimmermann et P. Frank, qui veulent que, dans toute dyssenterie violente, on commence le traitement par ouvrir la veine. On ne peut s'empêcher, en effet, de penser qu'un pareil moyen doit avoir des résultats favorables dans une affection où les signes d'inflammation sont si notables.

Les *sangsues*, soit sur l'abdomen, soit à l'anus, n'ont pas été moins préconisées ; peut-être même l'ont-elles été davantage. Lorsque l'on juge convenable de les employer, on doit, suivant M. Thomas, les appliquer en grand nombre : vingt, trente et plus, à plusieurs reprises. Quelle est la valeur réelle de ce moyen thérapeutique ? C'est ce qu'il est très difficile de dire, et cependant la plupart des médecins des siècles passés n'ont pas hésité à le vanter outre mesure ou à le proscrire complétement. Quant à nous, constatons seulement que presque aucun médecin ne s'est borné à leur emploi et ne leur a attribué entièrement la guérison des malades.

Narcotiques. Les *narcotiques* ont été encore plus généralement employés que les émissions sanguines. L'*opium*, en particulier, a été mis en usage dès les temps les plus reculés. On voit, en effet, qu'Alexandre de Tralles s'élève déjà contre l'usage intempestif qu'on en faisait à son époque (1). Parmi les auteurs qui l'ont le plus vanté, il faut citer Ramazzini, qui lui attribue la guérison d'un grand nombre de malades dans l'*épidémie de Modène*, en 1693. Il n'est guère d'auteur qui n'ait également recommandé ce médicament ; mais presque tous ne l'ont fait qu'avec de certaines restrictions. Nous avons vu déjà qu'Alexandre de Tralles attribuait à l'opium des effets fâcheux lorsqu'il était administré sans discernement. Hoffmann, Zimmerman, et beaucoup d'autres, ont émis la même opinion. Sydenham, au contraire, Vogler, Schmidtmann, regardent ce médicament comme éminemment utile dans tous les cas. Quant à Jos. Frank, il pense que, dans la dyssenterie légère, il suffit seul pour triompher de la maladie ; mais que, dans la dyssenterie grave, il faut l'associer à d'autres substances.

Quel parti prendre au milieu de ces opinions si diverses ? C'est en pareil cas

(1) *De arte medica*, t. VII, *De artis medicæ princip.*, edente A. Haller.

qu'on sent tout l'embarras où nous jette le défaut d'exactitude. Tout ce que nous pouvons dire, c'est qu'il est infiniment probable que, dans les cas où l'on a attribué des effets fâcheux à l'opium, les accidents ne devaient être rapportés qu'à une gravité excessive de la maladie, contre laquelle les autres médications auraient également échoué.

On administre l'*opium* en même temps par la bouche et par l'intestin. M. Guérétin (1) a administré ce médicament à la dose de 0,03 à 0,05 grammes, de deux en deux heures, et quelquefois à une dose plus élevée, et c'est le moyen dont il a, dit-il, eu le plus à se féliciter.

Mais c'est surtout en *lavements* que l'opium doit être administré.

Un lavement d'eau de guimauve ou de graine de lin, avec addition de :

Laudanum......... 15 à 20 gouttes.	Amidon.............. ... 2 gram.

doit être donné deux et trois fois par jour, et plus souvent même, si le cas est très grave.

MM. Masselot et Follet croient avoir constaté que, lorsqu'il y avait un ralentissement notable du pouls, un *collapsus* évident, l'opium n'avait pas d'aussi bons résultats que d'autres substances et que le nitrate d'argent en particulier, ce qui n'est pas parfaitement démontré.

Parmi les autres narcotiques, on doit citer la *belladone*, la *jusquiame*, le *datura stramonium*, donnés à une dose élevée, c'est-à-dire à la dose de 0,03 à 0,05 grammes, toutes les deux ou trois heures. Ces substances agissent dans le même sens que l'opium, mais leur efficacité est moins bien prouvée.

M. Forget, de Strasbourg (2), a rapporté que dans le cours d'une épidémie qui a régné dans cette ville, 16 malades traités par les antiphlogistiques et les narcotiques ont guéri ; tandis que par les autres méthodes, on a eu une grande mortalité.

M. le docteur Marbot (3) a eu occasion d'employer l'*aconit napel* sur une grande échelle, dans une épidémie qui éclata à bord du *Crocodile* dix jours après avoir quitté la rade de Zanzibar. Sur trois cents cas, dont plusieurs étaient très graves, il n'y eut pas un seul cas de mort. L'aconit était administré sous forme d'extrait, à la dose de 5 à 10 centigrammes, de la manière suivante :

Délayez l'aconit dans de l'eau pure de fontaine, et donnez la solution par cuillerées à bouches à des intervalles de une, deux ou trois heures, mais de manière à ce que la fraction du médicament administré reste toujours la même. Des observations de M. Marbot, il résulte que l'aconit ne produit pas la guérison complète, mais que sous son influence les garde-robes changent de nature et la fièvre tombe. Alors on administre l'*ipécacuanha*, puis les lavements amylacés et anodins, qui terminent la guérison.

Comme on le voit, cette médication est complexe, et il faudrait de nouvelles observations pour savoir quelle est la valeur de chacun des moyens qui la composent.

Purgatifs. Ce sont des idées théoriques qui ont engagé à mettre en usage les purgatifs. Tantôt c'est pour débarrasser l'intestin des *saburres*, de la *bile âcre* qu'on

(1) *Arch. gén. de méd.*, 2e série, t. VII, *Mém. sur la dys. épid. de Maine-et-Loire*, en 1835.
(2) *Bull. gén. de thérap.*, 30 janvier 1849.
(3) *Bull. gén. de thérap.*, 15 août 1849.

y supposait accumulées, tantôt pour faciliter simplement les évacuations alvines, etc. Voyons ce que l'expérience nous a appris à ce sujet.

Purgatifs salins. Déjà mis en usage par les auteurs du siècle dernier, et en particulier par Zimmermann, ils ont été principalement préconisés, dans ces derniers temps, par M. Bretonneau et ses élèves. Le *sulfate de soude* ou le *sulfate de magnésie* sont les sels particulièrement employés. Le docteur Berggren conseille le mélange suivant :

℞ Sulfate de soude..................	ãã parties égales.
Miel............................	

A prendre une cuillerée à bouche trois fois par jour.

M. Bretonneau donnait tantôt le sulfate de soude et tantôt le sulfate de magnésie, à la dose de 8 à 16 grammes dans une potion, et autant en lavements dans 180 ou 240 grammes de liquide. Le docteur Cheyne administre la *crème de tartre* à doses élevées; il en donne, en effet, 15 grammes tous les quarts d'heure. Enfin le docteur Meyer (1) s'est servi du *nitrate de soude* à la dose suivante :

℞ Nitrate de soude.. de 15 à	30 gram.	Gomme adragante.......	0,50 gram.
Eau commune...........	250 gram.		

A prendre par cuillerées à bouche, dans la journée.

On peut encore, comme le conseille M. Thomas, donner simplement l'*eau de Sedlitz* à la dose d'une demi-bouteille par jour, et d'un verre chez les enfants. Quel que soit le sel que l'on mette en usage, l'effet est évidemment toujours le même; mais quel est cet effet? Comment ces purgatifs peuvent-ils réussir dans une affection dont le dévoiement est un des principaux symptômes? Les explications n'ont pas manqué, mais, il faut le dire, elles sont très peu satisfaisantes. Contentons-nous de noter les succès qu'un si grand nombre d'auteurs affirment avoir obtenus, tout en remarquant que leur opinion n'est pas fondée sur des preuves irréfragables. Suivant quelques uns, les purgatifs seraient principalement utiles dans certaines formes de la dyssenterie, et surtout dans la *dyssenterie* dite *bilieuse;* mais les réflexions faites plus haut à l'occasion de ces prétendues formes de la maladie me dispensent de rechercher la valeur de cette opinion.

Autres purgatifs. Parmi les *autres purgatifs*, nous trouverons d'abord la *rhubarbe*. Il n'est point de médicament dont on ait plus abusé dans le traitement de la dyssenterie. On en trouve la preuve dans une dissertation de Jacob (Erfürth, 1800), qui s'élève fortement contre cet abus. Stoll, Richter, et, dans ces derniers temps, Gall, ont recommandé ce médicament. Ce dernier l'associait à d'autres substances ainsi qu'il suit :

℞ Teinture de gentiane.....	15 gram.	Teinture de cannelle......	15 gram.
de rhubarbe....	15 gram.	Teinture anodyne........	10 gouttes.

Dose : une cuillerée à café toutes les heures.

L'*huile de ricin* a été prescrite par un bon nombre de praticiens, et en particulier par Fraser (2), Clark (3), etc. D'autres ont administré la *coloquinte*, le

(1) *Hufeland's Journ.*, 1827.
(2) *Med. obs. and inquiries*, vol. II.
(3) *Beob. über die Krankh. in Ost.;* Leipzig, 1798.

jalap, etc. ; en un mot, les diverses espèces de purgatifs, sans qu'on puisse attribuer à quelqu'un d'eux une efficacité particulière.

Vomitifs. Les *vomitifs*, et surtout l'*ipécacuanha*, tiennent une grande place dans la thérapeutique de la dyssenterie.

M. le docteur Millet, de Tours (1), a rapporté des cas de dyssenterie sporadique assez intense, dans lesquels l'*ipécacuanha* a procuré une prompte guérison. Il a vu, contrairement à l'opinion de M. Trousseau, ce médicament agir, dans ces cas, comme vomitif et non comme purgatif.

M. le docteur Turelutti (2) affirme n'avoir perdu qu'un seul dyssentérique sur deux cent cinquante, dont deux cents étaient affectés de dyssenterie épidémique. C'est à l'aide du traitement suivant qu'il aurait obtenu ce résultat :

℞ Tamarin............. 50 à 90 gram.	Eau.................... 500 gram.

Faites bouillir, puis faites infuser dans cette décoction :

Ipécacuanha finement pulvérisé........ 1 à 4 gram.

Dose : une cuillerée à bouche toutes les vingt minutes.

On a peine à croire qu'il ne se soit pas glissé quelque erreur dans l'énoncé d'un tel résultat obtenu par une médication semblable.

C'est l'ipécacuanha qui formait la base du *remède secret d'Helvétius*. Il a été administré à des doses très variables. Il faut dire, d'une manière générale, qu'on doit le faire prendre à dose vomitive, c'est-à-dire de 1 à 2 grammes, en une seule fois. Cependant quelques auteurs veulent qu'on le donne à très petites doses. C'est ainsi que Bosquillon recommandait d'en faire prendre 5 à 10 centigrammes, deux ou trois fois par jour. D'autres médecins préfèrent le *tartre stibié ;* on peut citer parmi eux Pringle (3), qui vante particulièrement l'emploi du vomitif antimonié. D'un autre côté, Rœderer et Vagler, Clark, etc., s'élèvent fortement contre ce vomitif. Nous voilà donc encore arrêtés par une question insoluble, parce que les auteurs ne nous ont pas fourni les éléments propres à résoudre le problème.

M. le docteur Ségond (4) a beaucoup vanté les *pilules anglaises* qui contiennent de l'*ipécacuanha*, du *calomel* et de l'*opium ;* mais rien ne prouve encore que ce moyen ait plus d'efficacité que les précédents.

Astringents. De tous les astringents, l'*acétate de plomb* est celui qui a été le plus souvent administré. Fr. Hoffmann le faisait entrer dans un mélange qui était regardé comme assez efficace pour qu'on lui donnât le nom de *poudre dyssentérique*.

Poudre dyssentérique d'Hoffmann.

℞ Safran de mars astringent (peroxyde de fer)............	30 gram.	Racine de tormentille......	8 gram.
Corne de cerf calcinée.......	15 gram.	Cinnamomum...........	1,25 gram.
Racine de bistorte..........	8 gram.	Acétate de plomb.........	2,50 gram.

Mêlez. Faites une poudre. Dose : 1,25 grammes.

Un bon nombre d'autres praticiens ont mis en usage l'acétate de plomb. Le

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, mai 1845.
(2) *Giorn. per servire ai progr. delle path. e therap.*, 1843.
(3) *Malad. des armées.*
(4) *Docum. relatifs à la méthode élect. employée contre la dyssent.*; Paris, 1836.

docteur Mittchel (1) l'associe à l'opium, et donne ces deux substances à la dose de 0,05 à 0,10 grammes chacune, toutes les deux ou trois heures. M. Levrat-Perroton (2) a imité cette pratique.

Le *ratanhia* est ensuite, parmi les astringents, la substance la plus fréquemment recommandée. Une décoction édulcorée avec le sirop de coing pour tisane ; un lavement d'eau d'orge, avec addition de 8 à 10 grammes d'extrait, telle est la manière dont on doit employer ce médicament, auquel les Anglais ont fréquemment recours dans les pays chauds. Le *monesia* peut être prescrit de la même manière. Divers autres médicaments, ayant à peu près la même action, comme le *sulfate de cuivre*, le *sulfate de zinc*, l'*eau de chaux*, etc., ont été également mis en usage.

Toniques. On a eu recours encore aux *toniques* et aux *amers*, dont il importe de dire un mot. Parmi les substances de ce genre, il en est quelques unes qui ont surtout eu la réputation d'être d'excellents *antidyssentériques*. Je citerai, entre autres, l'*écorce de simarouba*, vantée principalement par Jussieu, et après lui par Sarcone et P. Frank ; le *quinquina*, le *lichen d'Islande*, que l'on a donnés quelquefois seuls, mais plus souvent unis à d'autres substances, et en particulier à l'opium et aux astringents. On a également fait un assez grand usage des *ferrugineux*.

Nitrate d'argent. Le nitrate d'argent, que, d'après MM. Masselot et Follet, Boerhaave avait employé le premier, était bien rarement mis en usage, lorsque, dans ces dernières années, M. Boudin et surtout M. Trousseau lui ont accordé une grande importance dans le traitement de la dyssenterie. MM. Masselot et Follet (3), qui ont examiné les résultats thérapeutiques des divers médicaments qu'ils ont employés, regardent le nitrate d'argent comme très efficace, surtout lorsque les forces sont très abattues. Le nitrate d'argent est dissous simplement dans l'eau à la dose suivante :

℞ Nitrate d'argent de 0,10 à 1 et 2 gram. | Eau......... Q. s. pour un lavement.

Cette dernière dose ne doit être donnée qu'avec précaution. Chez les enfants très jeunes on se bornerait à une solution de 0,05 grammes, et l'on augmenterait ensuite la dose suivant l'âge.

M. Trousseau prescrit le lavement suivant :

℞ Nitrate d'argent cristallisé. 0,25 gram. | Eau distillée............. 200 gram.

On trouve dans le *Bulletin de thérapeutique* (août 1848) une observation dans laquelle on voit le médicament suivi, au bout de vingt-quatre heures, d'une grande amélioration et de la guérison au bout de quatre jours. Il est vrai que la maladie avait déjà beaucoup perdu de son intensité quand le traitement fut commencé.

Quoique les faits rapportés par les auteurs que je viens de citer soient très intéressants, on ne peut encore se prononcer d'une manière définitive sur l'efficacité réelle de ce médicament, parce qu'une analyse rigoureuse et exacte d'un assez grand nombre de faits n'a pas encore été présentée.

Diaphorétiques. Les *diaphorétiques* ont également trouvé leur place dans ce traitement. Je citerai en particulier l'*acétate* et l'*hydrochlorate d'ammoniaque*, qui ont été presque exclusivement mis en usage. Voici une formule qui était fami-

(1) *The north Amer. med. and chir. Journ.*; Philad., 1826.
(2) *Journ. de méd. et de chir. prat.*
(3) *Loc. cit.*

lière à Vogel, et dans laquelle l'acétate d'ammoniaque entrait dans une assez grande proportion :

℞ Gomme arabique.......	30 gram.	Sucre blanc...............	8 gram.

Dissolvez dans :

Eau de fenouil...................... 180 gram.

Ajoutez :

Acétate d'ammoniaque....	60 gram.	Teinture d'opium....	de 2 à 4 gram.

Mêlez. A prendre une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Eau albumineuse. L'eau albumineuse a été prescrite dans la dyssenterie plus encore que dans l'entérite simple. Voici comment M. Baudin de la Pichonnerie (1) indique la manière de la préparer :

℞ Blancs d'œufs...........	n° 5 ou 6.	Sucre en poudre..........	45 gram.

Mettez ces substances dans une bouteille d'eau; ajoutez quelques grains de plomb de chasse. Agitez quelque temps : le mélange est parfait.

Dans les cas où il y a de violentes douleurs, M. Baudin ajoute au liquide précédent :

Sirop d'acétate de morphine............... 2 cuillerées.

ou bien :

Laudanum de Sydenham............... 8 à 10 gouttes.

M. Mondière (2) a principalement insisté sur l'emploi de ce moyen.

Moyens divers. La *noix vomique* a été recommandée par un grand nombre d'auteurs. Je citerai, entre autres, Hufeland, qui la prescrivait après l'administration d'un vomitif, et de la manière suivante :

℞ Extrait de noix vomique..	0,50 gram.	Sirop de guimauve........	30 gram.
Mucilage de gomme arab.	30 gram.	Eau de sureau..........	180 gram.

Il faisait administrer en même temps des lavements mucilagineux, avec addition de 15 à 20 centigrammes d'extrait de noix vomique. Les docteurs Geddings (3) et Most ont beaucoup vanté ce traitement. Ce dernier employait la décoction de noix vomique, à laquelle il ajoutait une quantité considérable d'opium.

Les *préparations mercurielles*, et principalement le *calomel*, ont une grande réputation, surtout parmi les médecins anglais. Dans une épidémie de dyssenterie, le docteur Amiel dit avoir eu beaucoup à se louer du traitement suivant :

Dès le début, prendre 2 grammes de calomel en une seule prise, matin et soir. Continuer ainsi pendant cinq ou six jours. Le docteur Annesley associe le calomel à l'opium.

Reste maintenant un grand nombre de substances qui ont été préconisées par divers médecins, sans qu'on puisse se faire une idée, même approximative, de leur degré d'efficacité. Je citerai d'abord l'emploi de la *cire jaune*, médicament employé dès les anciens temps, puisque Dioscoride en parle déjà. Pringle en faisait un assez fréquent usage, et voici comment il l'administrait :

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. III, p. 282.
(2) Journal *l'Expérience.*
(3) *The north Amer. med. and chir. Journ.*, 1834.

℞ Cire jaune........... 15 gram.	Eau commune........... 4 gram.
Savon de Venise....... 1,25 gram.	

Faites dissoudre lentement : ajoutez peu à peu dans un mortier chaud :

Eau de menthe poivrée... } ãã 90 gram.	Sirop diacode............. 15 gram.
Eau commune.......... }	Laudanum de Sydenham ... 15 gouttes.

A prendre par cuillerées.

On voit que dans cette formule les opiacés dominent, et qu'on a eu grand tort d'attribuer, comme on l'a fait, tous les honneurs de la guérison à l'emploi d'une substance très probablement inerte, ou du moins très peu active.

Dans la formule de Willis (1), ce sont les excitants et les astringents qui sont unis à la cire, et qui sont, sans aucun doute, les substances vraiment actives. Aussi n'ai-je cité ces médicaments que pour montrer avec combien peu de rigueur on procède dans les expériences thérapeutiques.

Il me resterait maintenant à parler de quelques autres substances, comme le *phosphore*, prescrit par le docteur Ortel (2); la *térébenthine*, conseillée surtout par Copland (3), le *chlorure de chaux*, les *antispasmodiques*, etc. ; mais nous n'avons pas sur l'action de ces substances des renseignements suffisants pour qu'il soit nécessaire de s'en occuper davantage.

Un mot seulement sur le *narcisse des prés* (*narcissus pseudo-narcissus*), auquel plusieurs auteurs ont paru attribuer une espèce de spécificité. M. Passaquay (4), qui a surtout beaucoup insisté sur l'emploi de cette substance, indique ainsi l'administration qui en a été faite dans une épidémie du département du Jura :

℞ Poudre de narcisse des prés............... 4 gram.

Divisez en trois paquets. Dose : un par jour, délayé dans :

Eau sucrée............................... 1 verre.

Le narcisse des prés a une action vomi-purgative, et c'est sans doute de cette manière qu'il a agi dans le traitement de la dyssenterie. Or rien ne prouve qu'il ait une efficacité plus grande que les autres vomitifs et purgatifs indiqués plus haut.

Boissons, lavements, affusions d'eau froide. Une médication particulière, et et dont j'ai voulu dire quelques mots à part, consiste dans l'usage des liquides froids, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur. Brefeld (5) assure avoir obtenu de très nombreuses guérisons par la simple administration de l'eau froide et des *lotions froides* sur l'abdomen. Le docteur Kent (6) administrait principalement des *lavements d'eau froide ;* enfin les *affusions froides* ont été recommandées particulièrement par MM. Nardi et Récamier. C'est dans les cas où les symptômes sont arrivés à leur plus haut degré, et où les malades tombent dans le collapsus, que ce dernier médecin emploie les affusions.

A l'*extérieur*, outre ces affusions, on a appliqué des *rubéfiants* et des *vésicants*, principalement sur l'abdomen, sur les lombes et sur le sacrum ; mais il est plus que douteux que ces moyens aient été réellement efficaces. Ramener la chaleur aux

(1) Voy. *Formulaire de M. Foy.*
(2) *Med. pract. Beob.;* Leipzig, 1804.
(3) *The Lond. med. Journ.*, 1821.
(4) *Thèse ;* Paris.
(5) *Dict. des sciences médicales*, t. X.
(6) *The north Amer. Journ.*, 1826.

extrémités, pratiquer sur l'abdomen des frictions sèches et chaudes, et y appliquer quelques fomentations émollientes, tels sont les moyens simples qu'il suffit de mettre en usage.

Lavements d'eau chaude. M. le docteur J. Irving (1) recommande les *lavements d'eau simple à* 25 *ou* 26 *degrés au-dessus de zéro.* Il les fait donner à l'aide d'une sonde œsophagienne, afin qu'ils pénètrent plus haut. Dès que le malade a pris un de ces lavements, il doit se coucher sur le côté gauche, et ne se déranger que lorsque le besoin d'aller à la garde-robe se fait impérieusement sentir. Cette médication bien simple mérite d'être expérimentée de nouveau.

Résumé; régime; ordonnances. Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur les diverses médications exposées plus haut, nous voyons qu'il n'en est aucune à laquelle il faille accorder plus de confiance qu'à l'association des narcotiques avec les astringents. Il faut ajouter que ces derniers médicaments ne doivent être mis en usage que dans les derniers temps de la maladie et dans la période de collapsus. Alors aussi on doit avoir recours aux lavements de nitrate d'argent dont je viens de parler. En somme, c'est, quoi qu'on en ait dit, aux préparations opiacées qu'il faut avoir principalement recours.

Le *régime* est important à indiquer, surtout pour la convalescence; car, dans le cours de la maladie, il est bien entendu qu'on doit recommander une diète sévère. Il faut veiller à ce que les malades ne prennent pas trop tôt des aliments substantiels. Donner d'abord de légers bouillons, puis des potages au riz et au salep, puis des œufs, du poisson, et ne passer à des aliments plus solides que lorsque toute susceptibilité du côté de l'intestin a disparu, telle est la conduite que doit suivre le médecin.

Ire Ordonnance.

DANS UN CAS DE DYSSENTERIE LÉGÈRE, NON FÉBRILE.

1° Pour tisane, légère décoction de riz, édulcorée avec le sirop de gomme ou de coing.

2° Matin et soir, un quart de lavement d'eau de guimauve avec addition de :

Laudanum.	10 à 12 gouttes.	Amidon.	4 gram.
Pour les enfants très jeunes.	1 goutte.		

3° Fomentations émollientes sur l'abdomen.

4° Diète sévère.

Ce traitement, simple, réussit toujours.

II° Ordonnance.

DANS UN CAS DE DYSSENTERIE TRÈS AIGUE, AVEC VIVE RÉACTION.

1° Même tisane, ou bien décoction de simarouba, ou encore, eau albumineuse (*voy.* p. 29).

2° Une saignée du bras, si la fièvre est forte. Vingt ou trente sangsues sur le trajet du gros intestin, répétées si le cas l'exige.

3° Prendre toutes les trois heures une pilule de 2 à 3 grammes d'extrait thébaïque.

4° Matin et soir, un lavement d'eau de graine de lin avec addition de :

(1) *Edinb. med. and surg. Journ.*, janvier 1819.

Laudanum.......... 15 à 20 gouttes. | Amidon.................. 5 gram.
Pour les enfants, dose ut suprà.

5° Diète sévère; repos absolu autant que possible.

IIIe Ordonnance.

DANS UN CAS D'ABATTEMENT CONSIDÉRABLE DES FORCES, DE REFROIDISSEMENT DES EXTRÉMITÉS, ETC.

1° Tisane, *ut suprà*, ou bien, décoction de ratanhia, d'arnica, etc.
2° Un ou deux lavements par jour, avec une solution de nitrate d'argent (*voy.* p. 29).
3° Frictions chaudes et sèches.
4° Le reste, *ut suprà*.

Je n'indique pas ici les médications particulières; je les ai exposées avec des détails suffisants.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines; narcotiques; purgatifs; astringents; toniques, amers, ferrugineux; nitrate d'argent; diaphorétiques; eau albumineuse; noix vomique; préparations mercurielles; cire jaune; moyens divers : phosphore, térébenthine, pilules anglaises, etc.; narcisse des prés; boisson, lavements, affusions d'eau froide; lavements d'eau chaude; moyens externes; régime.

ARTICLE V.

DYSSENTERIE CHRONIQUE.

La simple lecture des auteurs suffit pour prouver que rien n'est moins bien défini que la dyssenterie chronique. Presque tous ceux qui ont écrit sur ce sujet ont rangé sous ce titre des maladeis toutes différentes, comme le cancer de l'intestin et les affections des autres organes abdominaux qui donnent lieu à une diarrhée chronique, et plusieurs ont pris pour type des ulcérations du gros intestin d'une nature toute spécifique, et appartenant principalement à la maladie tuberculeuse. Si l'on consulte les faits, on voit qu'il est rare de rencontrer une dyssenterie primitivement chronique, et il ne reste guère que les cas où, après avoir commencé d'une manière aiguë, la maladie se prolonge et prend quelques caractères tout particuliers. Mais encore ici s'élève une difficulté qui n'a point été levée. Quand peut-on dire qu'une dyssenterie a passé à l'état chronique? question difficile à résoudre dans un bon nombre de cas. Cependant, si le mouvement fébrile a perdu de son intensité, si les selles ont diminué de fréquence et sont surtout devenues purulentes, si en même temps il y a un dépérissement lent avec les symptômes de la fièvre hectique, on ne peut douter que la dyssenterie ne soit devenue chronique.

D'après ce que je viens de dire, on voit qu'il n'y a point de *causes* particulières de dyssenterie chronique dont l'existence soit démontrée par l'observation. Quant aux *symptômes*, j'ai énuméré plus haut les principaux. Il me suffira, pour compléter le tableau, d'ajouter l'expression de langueur, la maigreur, la pâleur de la

face; la *sécheresse de la peau*; la *sensibilité au froid*, surtout aux extrémités; parfois des *épanchements de sérosité* dans divers points du corps.

La *marche* de la maladie est presque toujours fort lente. La *durée* est de deux ou trois mois, et plus. Sa *terminaison* est presque constamment fatale.

Quant aux *lésions anatomiques*, c'est encore l'ulcération qui en est la principale; mais cette ulcération présente quelques caractères particuliers. Les principaux sont : la couleur bleuâtre, ardoisée des parties qui en sont le siége, l'épaississement considérable des tissus et surtout du tissu sous-muqueux, la couche de pus plus ou moins sanieux qui tapisse les ulcères. On a dit que l'affection pouvait dégénérer en véritable cancer; mais, d'après tous les faits connus, c'est là une erreur, et l'on a été trompé par des cas d'affections cancéreuses dès le principe.

Le *diagnostic* est difficile. Si l'affection a commencé par une dysenterie aiguë, si l'on ne trouve dans l'abdomen aucune tumeur, on peut penser qu'il s'agit d'une dysenterie chronique simple; mais encore, en pareil cas, faut-il être très réservé; car il peut très bien exister une maladie organique, cause du prolongement de la diarrhée, et qui échappe à l'investigation. Le toucher rectal fera reconnaître les *cancers* situés à la partie inférieure du rectum.

Le *traitement* de la dysenterie chronique est composé de moyens qui tous font partie du traitement de la dysenterie aiguë. Ce sont les *amers*, les *toniques*, les *astringents* à des doses assez élevées; les *frictions sèches* ou *aromatiques* sur le tronc, un *régime sévère*, et surtout les lavements avec le *nitrate d'argent* (1). Il est bien entendu qu'on ne doit avoir recours, dans cette forme de l'affection, à aucun des médicaments dits antiphlogistiques, et surtout aux émissions sanguines.

M. le docteur Scotti (2) a rapporté 30 observations de guérison de diarrhée et de *dysenterie chronique*, traitées de la manière suivante :

℞ Extrait de noyer préparé avec le brou de noix et les feuilles vertes	8 à 12 gram.
Limonade minérale	1000 gram.

Dissolvez. Dose : un tiers ou un demi-verre quatre fois par jour.

Ce traitement peut être facilement essayé.

Il ne faut pas oublier, quand la maladie est très rebelle, le *changement d'air*, sur lequel M. Cornuel (3) insiste avec raison.

ARTICLE VI.

DIARRHÉE.

Voici encore un sujet très obscur, au moins sous le point de vue sous lequel nous devons l'envisager ici. Il ne doit s'agir, en effet, que de la *diarrhée idiopathique* ou *diarrhée catarrhale* de quelques auteurs, la diarrhée symptomatique ayant déjà été décrite ou devant l'être plus tard, à l'occasion des maladies dont elle est un simple symptôme. Or y a-t-il véritablement une diarrhée idiopathique, c'est-à-dire existant en l'absence de toute inflammation? C'est ce qui n'est nulle-

(1) Voy. *Dysenterie aiguë*, p. 29.
(2) *Gaz. med. di Milano*, 1846.
(3) *Mémoire sur la dysenterie observée à la Guadeloupe* (*Mémoires de l'Acad. de méd.*, tome VIII, 1840).

ment démontré. Les idées qu'on se faisait sur les divers catarrhes ont été singulièrement modifiées dans ces derniers temps, et l'on a vu que les affections dites catarrhales, et en particulier le catarrhe par excellence, le catarrhe bronchique, sont évidemment liés à une inflammation qui, pour être superficielle, n'en est pas moins réelle. On dira peut-être que dans certaines diarrhées la durée de la maladie est extrêmement courte, et que les symptômes sont si légers, qu'ils ne dénotent nullement l'inflammation ; c'est ce qu'on observe principalement dans la diarrhée à laquelle on a donné le nom de *diarrhée nerveuse*. Mais quand on voit à la surface des muqueuses, visibles à l'œil, une irritation passagère donner lieu à des flux plus ou moins abondants, ne peut-on pas admettre que la même chose se passe à l'intérieur du canal intestinal ? Au reste, tout dépend de la manière de résoudre une question subsidiaire, savoir : Où commence et où finit l'inflammation ? question très difficile, sur laquelle je n'ai pas la prétention de me prononcer ici.

De quelque manière qu'on envisage les choses, toujours est-il que dans des circonstances assez nombreuses, et surtout à la suite de vives émotions, on voit survenir, soit après quelques douleurs abdominales, soit seulement après quelques borborygmes, des selles liquides plus ou moins nombreuses, ordinairement abondantes, et qui sont à peu près le seul symptôme de l'affection très légère dont il s'agit ici. Ces phénomènes ont une très courte durée, et tout rentre dans l'ordre sans qu'ordinairement il soit nécessaire de faire aucun traitement.

Quant aux autres diarrhées idiopathiques admises par quelques auteurs, comme la *diarrhée des enfants* et la *diarrhée asthénique*, leur existence n'est nullement prouvée, je ne m'y arrêterai pas. Restent les *diarrhées critiques*, sur lesquelles nous n'avons également que des renseignements très peu précis, et dont je dirai un mot à l'occasion de l'entérorrhée.

Diarrhée intermittente. M. le docteur Millet (1) a rapporté un cas de diarrhée séreuse, revenant toutes les nuits à deux heures, et coupée au bout de six accès par le sulfate de quinine.

Si les selles, dans la diarrhée idiopathique, étaient très nombreuses, et si l'affection se prolongeait, il suffirait, pour faire cesser les symptômes, de prescrire l'*eau de riz* ou l'*eau albumineuse*, quelques *astringents*, et d'administrer un ou deux *lavements laudanisés*.

Le docteur Bertin (2) a porté la dose du *tannin* jusqu'à 0,50 et 0,75 grammes, et même 1 gramme, répétés deux fois par jour, sans aucun inconvénient. Il cite douze cas de diarrhées rebelles qui ont cédé complétement à ce moyen. Dans deux de ces cas, compliqués de diarrhée, celle-ci a également très bien guéri.

M. le docteur Levrat-Perroton (3) cite trois cas de diarrhée rebelle aux opiacés et aux émollients, guéris par la décoction de *renouée* (polygonum aviculare).

M. le docteur Lavirotte (4) recommande l'*huile de naphte*. Suivant lui, on peut employer celle de nos pharmacies, bien qu'elle soit d'une qualité inférieure. Ce médicament est regardé presque comme un spécifique par les médecins russes du Caucase.

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, août 1844, p. 62.
(2) *Giorn. delle Soc. med. di Torino*, cité dans *Gaz. méd. de Montpellier*, avril 1846.
(3) *Journ. de méd. de Lyon*, 1843.
(4) *Gazette des hôpitaux*, 1849.

La *potentille* était autrefois recommandée comme antidiarrhéique. M. le docteur Bonnard (1) a de nouveau appelé l'attention des médecins sur cette plante indigène, et a cité un cas dans lequel une diarrhée intense fut arrêtée en quarante-huit heures par un moyen prescrit comme il suit :

℞ Potentille ansérine.. de 8 à 15 gram. | Eau.................... 1000 gram.

Faites bouillir pendant dix minutes. A prendre dans la journée.

C'est aux praticiens à expérimenter cette substance.

M. Rayer conseille contre la diarrhée chronique le mélange suivant :

℞ Sous-nitrate de bismuth........ } ãã parties égales.
Charbon végétal pulvérisé....... }

A prendre, à la dose de 20, 30, 40 centigrammes par jour, divisés en plusieurs paquets.

C'est à l'expérience ultérieure à nous apprendre quelle est l'efficacité réelle de ce moyen.

M. le docteur Nevins (2) emploie la *noix vomique* à la dose de 75 milligrammes par jour, dans la diarrhée chronique. Mais comme il l'associe à d'autres médicaments actifs, et notamment à l'opium et au carbonate de fer, on ne peut rien conclure des faits qu'il rapporte.

M. Boisseuil (3) cite un cas où l'*eau de chaux* donnée à la dose d'un tiers de tasse pour deux tiers de lait, deux fois par jour, a guéri une diarrhée chronique très rebelle.

Diarrhée cholériforme des jeunes enfants. Dans la *diarrhée cholériforme des jeunes enfants*, lorsque les symptômes sont très graves et menacent la vie, M. Trousseau conseille les *bains de moutarde*, qu'il fait prendre de la manière suivante. On met dans une serviette 500 grammes de farine de moutarde, que l'on délaie dans l'eau froide ; puis on noue la serviette de manière que la farine soit lâche, et enfin on la tord et on la presse jusqu'à que l'eau devienne jaune. On doit délayer la farine dans l'eau froide, parce qu'alors l'huile essentielle de moutarde se développe en plus grande quantité. L'enfant, soutenu par la nourrice, ou toute autre personne, est placé dans le bain ; bientôt il commence à sentir l'action irritante de la moutarde, que la personne sent aussi ; quand la cuisson est devenue insupportable pour la personne qui le tient, il faut retirer l'enfant, le placer dans une couverture de laine, et lui donner à l'intérieur du sirop d'éther par petites cuillerées à café.

M. le docteur Weine, de Saint-Pétersbourg (4), conseille la *viande crue* en petites boulettes ou râpée, dans la diarrhée qui survient fréquemment chez les enfants en sevrage; mais si la diarrhée est, en effet, causée par une nourriture trop peu animalisée, il suffit de donner aux enfants de bon bouillon, ou de leur faire sucer de la viande grillée.

(1) *Union médicale*, août 1849.
(2) *Lond. med. Gaz.*, 1848.
(3) *Journal de médecine de Bordeaux*, juillet 1846.
(4) *Journ. für Kinderkrankheiten*, 1848.

ARTICLE VII.

ENTÉRORRHÉE. LIENTERIE. GANGRÈNE DE L'INTESTIN.

L'entérorrhée est une affection fort rare, mais dont cependant on a réuni un certain nombre d'exemples. Ceux que M. Grisolle a cités dans son *Traité de pathologie* sont les plus intéressants. Parmi eux on remarque le cas observé par Morgagni sur lui-même, et celui dont un médecin de l'Hôtel-Dieu a été le sujet dans ces dernières années. L'entérorrhée étant une affection fort peu connue, et sur le traitement de laquelle nous n'avons que des données incertaines, je n'en dirai que très peu de mots.

Des *déjections séreuses, abondantes* au point que, dans le cas de Morgagni, la quantité de liquide rejeté a été de 8 kilogrammes en douze heures, et que chez un malade observé par Poterius, 20 kilogrammes de matière séreuse furent rendus en vingt-quatre heures; une *douleur* très légère du ventre ou absence de toute douleur; une *faiblesse* très grande qui se prolonge ordinairement assez longtemps après la guérison; un *amaigrissement* rapide, tels sont les phénomènes qui caractérisent l'affection.

Dans quelques cas, on a vu des flux de ce genre coïncider avec la guérison rapide de quelques maladies, et surtout des diverses hydropisies. Ce sont là les *flux intestinaux critiques*. Ces cas sont bien rares, et aujourd'hui qu'on observe attentivement, on est bien loin de les trouver aussi souvent qu'autrefois.

On n'a émis que des conjectures sur la source du liquide excrété, et sur le *traitement* le plus propre à suspendre le flux.

Dans les anciens auteurs, on trouve encore la description d'autres affections caractérisées par les déjections alvines et qui ont reçu les noms de *flux cœliaque*, *lienterie*, etc. Aujourd'hui ces différents flux sont rattachés à d'autres états morbides, et ne sont plus considérés comme des maladies particulières. Disons seulement ici que le *flux cœliaque* était décrit comme une maladie dans laquelle le chyme ou même le chyle se précipitait dans les intestins, et était rejeté par l'anus sans avoir été absorbé. L'aspect des matières excrémentitielles, dans certains cas, en avait sans doute imposé à une observation superficielle.

La *lienterie* n'était autre chose qu'un état morbide dans lequel, au milieu des matières liquides excrétées, on trouvait des aliments mal digérés. Nous avons vu que ce phénomène doit être principalement rattaché aux diverses espèces d'indigestion.

Disons seulement ici que, dans la *lienterie des enfants à la mamelle*, M. Trousseau (1) prescrit d'abord le *sel de Seignette* (tartrate de potasse et de soude) à la dose de 2 à 5 grammes. Si la maladie résiste, il donne de 5 à 15 centigrammes de *magnésie calcinée* dans un peu de lait. Enfin, si ces moyens restent sans effet, il a recours au *sous-nitrate de bismuth* (5 à 10 centigrammes), ou au *sel de cuisine* (2 à 4 grammes). Quant à moi, j'ai toujours vu réussir les *opiacés à faible dose*, qui n'ont pas l'inconvénient qu'ont quelquefois les moyens précédents, de produire une diarrhée trop abondante.

Je ne parlerai pas davantage de la *gangrène* de l'intestin, qui est due soit à un

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, mars 1840.

excès d'inflammation, soit à la présence de corps étrangers, en un mot, à des causes qui doivent être considérées comme des affections particulières, et dont la gangrène n'est qu'une conséquence. Il en est de même de la *dilatation intestinale*, qui n'a point, à beaucoup près, l'importance de la dilatation de l'estomac. Disons seulement un mot de la perforation et de la rupture de l'intestin.

ARTICLE VIII.

PERFORATION. RUPTURE DE L'INTESTIN.

La perforation intestinale a surtout de l'intérêt à cause de la *péritonite suraiguë* qui en est la suite. Sous ce point de vue, elle mérite d'être étudiée avec soin ; mais ce n'est point ici le lieu de nous livrer à cette étude, qui sera beaucoup mieux placée dans l'article consacré à la péritonite.

Il est bien rare de voir la perforation succéder à un *ulcère simple* de l'intestin, et même il n'est nullement prouvé que, dans les cas cités pour démontrer la possibilité du fait, il ne fût pas question d'*ulcérations typhoïdes*, ou *tuberculeuses*, ou *cancéreuses*. Dans tous les cas, du reste, la perforation ne donne lieu à aucun symptôme par elle-même ; elle n'est remarquable que par ses suites.

Les *causes* de perforation admises sont, outre les *plaies pénétrantes* et la présence des *corps étrangers*, la *gangrène*, les *ulcères dyssentériques*, *typhoïdes*, *tuberculeux*, *cancéreux*, et la *destruction* des parois de l'intestin de dehors en dedans par diverses causes organiques, comme les *abcès* des organes abdominaux, les *anévrysmes*, les *entozoaires*, etc.

M. le docteur Bizot, de Baume (1), a vu, chez une dame de quarante-cinq ans, des vers *lombrics* sortir par une plaie abdominale, résultant de la chute d'une escarre. Au moment où ces vers perforèrent l'intestin, il y eut des douleurs atroces. La malade guérit parfaitement.

Cette simple indication suffit ; car dans de plus longs détails nous ne trouverions rien qui pût intéresser le praticien. C'est une question de pathologie générale, ou plutôt même d'anatomie pathologique, qui ne doit pas nous arrêter. Il sera temps, je le répète, d'y revenir à l'occasion de la *péritonite suraiguë*.

La *rupture des intestins* est encore moins intéressante à étudier pour le pathologiste. Une *énorme dilatation* de cet organe peut, d'après quelques auteurs, donner lieu à cet accident ; mais les cas de ce genre sont bien rares. Presque toujours ce sont des violences extérieures qui le produisent, et alors, comme pour la perforation, tout l'intérêt se porte sur la péritonite qui en est la conséquence. N'insistons donc pas davantage sur ces lésions qui n'ont point d'autre importance que d'être des causes évidentes d'une affection très grave.

ARTICLE IX.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'INTESTIN.

Le rétrécissement de l'intestin est extrêmement rare à l'*état de simplicité*, c'est-à-dire en l'absence d'une affection cancéreuse ou d'une ulcération tuberculeuse. Quelques auteurs cependant affirment en avoir observé des exemples, et suivant

(1) *Bull. de la Soc. de méd. de Besançon*, 1845.

Krisch et Walther (1), cités par les auteurs du *Compendium*, il y aurait des rétrécissements intestinaux dus à la *brièveté*, à l'*inertie*, à la *stupeur des fibres charnues*, à l'*adstriction*, à l'*hypertrophie* et au *spasme*. L'existence de ces diverses espèces n'est nullement démontrée.

Suivant M. Laugier, les *rétrécissements du rectum*, organe dans lequel se rencontre particulièrement cette lésion, peuvent être le résultat d'*engorgements* produits par la *syphilis constitutionnelle*, de *brides* formées par l'induration du tissu sous-muqueux, et, dans d'autres cas, de cloisons avec ouverture centrale étroite, disposition rapportée encore à la syphilis par MM. A. Bérard et Maslieurat-Lagémard (2). On voit, par ce petit nombre de renseignements, combien nous sommes peu instruits sur le *rétrécissement simple de l'intestin*. Quelquefois on a trouvé un *rétrécissement congénital* qui se rapporte à une des espèces admises par Krisch et Walther, c'est-à-dire à celle qui consiste dans la brièveté des fibres.

Le *rétrécissement du rectum* est le seul qui soit accessible au traitement. C'est de lui qu'il s'agira principalement dans cet article, qui, à cause du peu de données que nous avons, ne comporte pas de grands détails.

Les *symptômes* du rétrécissement intestinal sont une *constipation* plus ou moins opiniâtre, parfois suivie d'une *diarrhée* abondante, résultat tardif des purgatifs employés à haute dose pour provoquer la défécation. Nous devons encore noter le *volume*, la *tension du ventre* au-dessus de l'obstacle ; le ballonnement ; l'apparition, sur les parois de l'abdomen, de *bosselures* produites par les anses intestinales ; le *hoquet*, des *nausées*, des *vomissements* alimentaires ou bilieux. Enfin l'appétit est perdu, les digestions deviennent lentes, difficiles : le malade tombe dans la consomption. Lorsque le rétrécissement occupe le rectum, il y a *pesanteur vers le périnée* et *difficulté dans l'émission des urines*, dues à la compression de la vessie par les matières fécales accumulées au-dessus de l'obstacle. Si le rétrécissement n'est pas situé trop haut, le doigt fait reconnaître une contraction avec ouverture étroite et bords durs dont il faut toujours rechercher l'existence.

A une époque un peu avancée de la maladie, la constipation devient extrêmement difficile à vaincre. S'il y a encore des selles à des intervalles éloignés, elles offrent ceci de remarquable, que les matières rendues ont un très petit diamètre, qu'elles sont *rubanées*, comme *passées à la filière*, qu'elles présentent, en un mot, la forme de l'ouverture rétrécie par laquelle elles ont passé. Plus tard encore, toute excrétion est suspendue, le ventre devient énorme, l'*anxiété* est extrême, on observe parfois des *vomissements de matière fécale*, et le malade succombe soit aux progrès d'une *péritonite générale*, due quelquefois à une rupture de l'intestin, soit aux longues souffrances qu'il a endurées.

Cette maladie est *chronique*. C'est peu à peu que se manifeste la constipation, qui en est le premier symptôme. Sa *durée* est indéterminée, Lorsqu'elle n'occupe point le rectum ou une partie peu élevée de l'S iliaque, on doit la regarder comme mortelle, car nos moyens de traitement ne peuvent ni en arrêter les progrès, ni suppléer à l'arrêt des matières.

Nous avons vu plus haut à quelles *causes organiques* on doit attribuer l'affection.

(1) *Diss. de int. angust.*; Leipzig, 1731.
(2) *Gaz. méd.*, mars 1839.

M. Corbin (1) s'est attaché à prouver que le rétrécissement était presque toujours la conséquence d'une *ulcération ;* mais l'ulcération est-elle ou n'est-elle pas de nature cancéreuse ou tuberculeuse ? C'est ce qu'on ne peut dire d'après les faits qu'il a cités, et dont le plus remarquable est celui qui lui a été communiqué par M. le docteur Pagès. Ce médecin a trouvé, en effet, dans un cas observé à la Charité, onze rétrécissements successifs correspondant à autant d'ulcérations. De son côté, M. Louis (2) a démontré que chez les tuberculeux, le rétrécissement était fréquent, et avait pour cause organique l'ulcération. Il a cité à ce sujet des faits très intéressants, et dans lesquels la lésion intestinale a joué un grand rôle. Ces faits prouvent que le rétrécissement intestinal n'est, dans l'immense majorité des cas du moins, qu'une affection liée à une maladie antécédente, et que l'ulcération qui le détermine est elle-même une altération dépendant de la maladie primitive.

Le *diagnostic* du rétrécissement de l'intestin dont le siége est au-dessus du rectum est très difficile, du moins lorsqu'il s'agit du rétrécissement simple. Il est des cas où l'on ne saurait dire s'il s'agit d'un *étranglement interne* ou d'un simple rétrécissement. Cependant nous verrons plus loin que dans l'étranglement interne la maladie a une marche moins continue, que les accidents, après s'être reproduits plusieurs fois, se montrent rapidement avec une violence souvent extrême, et ces considérations pourront mettre sur la voie du diagnostic.

Quant au *diagnostic du rétrécissement du rectum* en particulier, on y parvient à l'aide du cathétérisme, en faisant usage des bougies à empreinte, et en employant l'appareil indiqué par M. Laugier ; mais ces détails empiètent trop sur le domaine de la chirurgie pour que je doive y insister ici. Quelquefois le doigt pénètre jusqu'au rétrécissement, et alors on peut, jusqu'à un certain point, s'assurer s'il s'agit réellement d'un rétrécissement simple, semblable à ceux qui ont été indiqués plus haut.

C'est encore à la chirurgie qu'appartient principalement le *traitement* du rétrécissement du rectum. Les *délayants*, les *purgatifs*, les *lavements* de diverses espèces, ne sont, en effet, que des *palliatifs*. Les véritables moyens *curatifs* sont l'*introduction des bougies*, des *mèches*, l'*incision* des brides, la *cautérisation* de la partie rétrécie, et enfin dans le cas où le rétrécissement est complet, où la rétention des matières ne peut être vaincue et persiste pendant longtemps, l'établissement d'un *anus artificiel*, soit par la méthode remise récemment en honneur par M. Amussat (3), soit par une des autres méthodes usitées. On comprend que je ne dois pas insister davantage, car ce serait sortir du domaine de la pathologie interne.

ARTICLE X.

ÉTRANGLEMENT INTERNE.

Autrefois on désignait sous le nom d'*ileus* tous les obstacles au cours des matières intestinales. Dans ces derniers temps, on a eu de la tendance à remplacer ce

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. XXIV.
(2) *Recherches sur la phthisie*, 2e édit.; Paris, 1843, p. 359.
(3) *Quelques réfl. prat. sur les obstr. du rect.* (*Gaz. méd. de Paris*, 1839).

nom par celui d'*étranglement interne;* cependant ni l'un ni l'autre ne doivent avoir une signification aussi étendue. L'obstacle au cours des matières est occasionné par trop de causes différentes pour qu'on en puisse réunir toutes les variétés sous un seul et même chef. Qu'il y ait, en effet, un simple rétrécissement, une tumeur soit dans l'intérieur de l'intestin, soit en dehors, ou même un corps étranger, un amas de matières fécales dans un point quelconque de l'organe, et le cours des matières se trouve interrompu. Il était donc nécessaire d'une part, de rejeter ce nom d'*ileus*, qui ne peut s'appliquer à rien de déterminé, et, de l'autre, de bien définir ce que l'on doit entendre par ce mot *étranglement interne*.

Dans un mémoire récemment publié, M. Rokitansky (1) admet trois espèces, l'une qui n'est autre chose que le *rétrécissement* ou l'*oblitération* causée par une *pression externe;* une autre qui consiste dans la *rotation* d'une partie de l'intestin autour d'un axe formé par une autre partie; la troisième, qui est l'étranglement causé par des *anneaux*, des *brides cellulo-membraneuses*, l'adhésion de l'appendice vermiforme, etc. Cette division me paraît devoir être adoptée, car elle résume les diverses espèces d'étranglement, sans comprendre des maladies étrangères. Peut-être cependant faudrait-il y joindre l'*invagination intestinale*, car il n'est pas douteux que dans cet accident l'intestin invaginé ne se trouve étranglé à un assez haut degré. Mais, même en acceptant cette manière de voir, il n'en faudrait pas moins décrire l'invagination à part, car elle présente quelques signes qui lui donnent une physionomie toute particulière. Ne nous occupons donc que des espèces admises par M. Rokitansky et par la plupart des anatomo-pathologistes modernes. Les auteurs du *Compendium* ne veulent point admettre la première classe, parce que l'intestin n'a pas un rôle actif dans l'étranglement; cependant on ne peut pas douter qu'il ne soit étranglé, et comme les cas de ce genre ne diffèrent pas, pour les symptômes, de ceux où l'intestin joue un rôle actif, il semble qu'on peut passer par-dessus cette difficulté. Au reste, ce n'est là qu'une question d'anatomie pathologique qui n'a pas une très grande importance pour nous.

M. le docteur Benj. Phillips (2) a recherché la fréquence de l'obstruction intestinale, considérée d'une manière générale, c'est-à-dire quelle que soit la cause qui intercepte le cours des matières. Il a trouvé que, sur 2,392 autopsies faites par plusieurs auteurs, cette disposition anormale existait 22 fois, c'est-à-dire environ une fois sur 100.

D'après les recherches de M. Rokitansky, l'étranglement interne qu'on a décrit sous les noms d'*ileus*, *passio iliaca*, *miserere meî*, *vomitus stercoris*, *volvulus*, etc., peut affecter *tous les âges*. Néanmoins c'est dans un âge moyen ou avancé qu'on l'observe le plus fréquemment. D'après une observation de M. Gendron (3) l'étranglement interne peut s'observer immédiatement après la naissance.

Les *causes* déterminantes de l'étranglement interne sont presque toutes organiques. Je renvoie donc, pour leur indication, aux lésions anatomiques qui seront succinctement exposées plus loin. Dans quelques cas, comme, par exemple, dans

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1837; *Sur les étranglements int. des int.*, extrait du *Med. Jahrb. des oest. St.*, XIXe vol., 1836.
(2) *Lond. med. chir. Trans.*, 1843.
(3) *Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. VIII.

ceux où les intestins se trouvent engagés dans un anneau fibreux ou passent ra[illegible] dement au-dessous d'une bride, les efforts faits par le malade peuvent expliquer [illegible] production de l'accident; mais dans d'autres, rien de semblable n'existe, et [illegible] marche de la maladie, que nous allons exposer, prouve que l'étranglement s'est f[illegible] lentement.

Symptômes. Suivant M. Rokitansky, voici quels sont les symptômes propre[illegible] l'étranglement interne considéré en général : « Pendant une période plus ou moi[illegible] longue avant la terminaison fatale, le malade, dit cet auteur, est pris de temp[illegible] autre de symptômes indiquant un étranglement de l'intestin. Ceux-ci prenn[illegible] leur source soit dans un *écart de régime*, soit dans un *violent effort*, et comme[illegible] cent généralement par une *douleur* aiguë et subite dans les intestins. Dans que[illegible] ques cas, cette douleur part d'un point déterminé. Elle est suivie plus ou moi[illegible] rapidement d'une *distension remarquable de l'abdomen*, de *tympanite*, de *co[illegible] striction de la poitrine*. Il y a une vive *anxiété*, des *nausées* et des *vomisseme[illegible]* selon la violence et la date de l'étranglement. Pendant la durée de ces symptôm[illegible] et souvent même dans leur intervalle, les malades ont des *selles rares* et même u[illegible] *constipation* permanente et opiniâtre.

» La dernière attaque, toujours suivant M. Rokitansky, a une physionomie pa[illegible] ticulière. Elle est généralement causée par quelque écart de régime. Elle s'a[illegible] nonce par une *douleur* intestinale subite et violente, et qui s'étend bientôt [illegible] totalité de l'abdomen. Le ventre est excessivement *ballonné*, la *respiration est lé[illegible] rieuse*, les *yeux* sont enfoncés, la *face* est altérée et exprime une grande *anxi[illegible]*, les *évacuations alvines* sont peu abondantes, rares; plus souvent il y a une *co[illegible] pation* rebelle. Les *vomissements*, d'abord *bilieux*, sont ensuite formés par [illegible] *matières fécales*; la *chaleur* générale baisse, le *pouls* peut à peine être senti. To[illegible] les symptômes présentent ordinairement une rémission peu de temps avant la mor[illegible]

Ces symptômes peuvent être regardés comme l'expression assez exacte de ce [illegible] se passe ordinairement dans les cas d'étranglement interne; cependant il es[illegible] de dire un mot sur la manière dont ils se succèdent. M. Louis (1) a remarqu[illegible] dans les premiers jours, on n'observe que des *symptômes gastriques*, et qu[illegible] autres symptômes caractéristiques ne se montrent qu'à une époque plus ou [illegible] avancée et successivement. Sans vouloir établir ce fait en règle générale, il im[illegible] tait de le signaler, afin que certains cas d'étranglement interne n'en imposen[illegible] pour des affections gastriques.

Les *vomissements* sont parfois purement bilieux ; c'est ce qu'on a observé [illegible] seulement dans quelques cas recueillis pas M. Rokitansky, mais encore dans [illegible] sieurs de ceux qu'on trouve épars dans les différents recueils.

Ainsi que nous venons de le voir, d'après la description tracée par M. Rokitan[illegible] la *marche* de la maladie est irrégulièrement intermittente. Si l'on considère, [illegible] effet, les observations, on voit qu'il y a plusieurs attaques précédant celle qui [illegible] emporter le malade, et que ces attaques, caractérisées par les symptômes de l'[illegible] du cours des matières, vont en augmentant de violence à mesure que l'on appr[illegible] de la dernière. Cependant ce n'est pas là une règle sans exception, et on le [illegible] cevra facilement, quand on se rappellera que l'étranglement peut être causé p[illegible] passage rapide d'une anse d'intestin dans une ouverture trop étroite. Dans [illegible]

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. XIV.

ains cas aussi, l'étranglement faisant des progrès insensibles, et les individus ne se vrant pas à ces écarts de régime qui, suivant l'observation de M. Rokitansky, dérminent les attaques, la maladie, qui avait donné lieu à des symptômes continus surtout à une longue constipation, finit par déterminer des accidents formidales promptement suivis de mort. Il s'ensuit que la *durée* générale de la maladie t très variable. Quant à la durée de ce que M. Rokitansky a appelé des attaques, n peut dire d'une manière générale qu'elle est d'environ quinze jours à trois maines. Il y a cependant des cas où la mort arrive plus promptement.

La *terminaison* est-elle toujours fatale ? C'est ce qui paraît certain dans l'étranlement interne, tel que nous l'avons défini plus haut. Mais si l'on voulait faire ntrer dans cette maladie l'*engouement de l'intestin* et le *volvulus*, il n'en serait lus de même; car, dans ces dernières affections, on peut très bien obtenir la uérison.

Les *lésions anatomiques* ne doivent pas nous arrêter longtemps. Disons seuleent que l'étranglement est produit par des *brides* celluló-fibreuses, comme dans cas observé par M. Louis, par des *adhérences de l'appendice vermiculaire*, par n *diverticule de l'intestin*, comme dans une observation de M. Rayer (1), et une ntre rapportée par M. le docteur Tinniswood (2), qui a vu, chez un enfant de x ans et demi, un étranglement interne causé par une bride que formait un dierticule de l'intestin grêle, dont l'extrémité allait adhérer à une autre portion l'intestin; par les divers *enroulements* décrits par M. Rokitansky; par le passage l'une anse de l'intestin dans une ouverture trop étroite : dans des *déchirures du mésentère*, de *l'épiploon*, dans une *ouverture du diaphragme*, ainsi que M. Siaud (3) en a cité un exemple, dans l'hiatus de Winslow (obs. de M. Blandin), etc.; nfin, par les diverses *tumeurs* qui peuvent envahir le pourtour de l'intestin et étrécir son calibre. M. Benj. Phillips (4), ayant recherché la fréquence des cas à l'obstruction est produite par des *brides*, des *adhérences*, le *passage de l'intesn à travers une ouverture anormale*, ou l'*entortillement de l'intestin sur luiême*, a trouvé 60 cas sur 169. Ces diverses variétés réunies sont un peu moins équentes que l'invagination.

M. le docteur Mackenzie (5) a vu deux cas d'étranglement intestinal résultant *la torsion de l'S du colon* sur elle-même. M. le docteur R. L. Hardy (6) a é un cas dans lequel l'étranglement intestinal était produit par l'*enroulement une anse de l'intestin autour du pédicule d'un kyste de l'ovaire*. M. le docteur inbrigge (7) a observé, sur un homme de cinquante-trois ans, un étranglement testinal causé par la présence d'une *rate supplémentaire dans le grand épioon*, et M. le docteur Alonzo (8) a vu le même accident occasionné par le *déacement de la rate et du pancréas.*

Il n'y aurait pas d'utilité, sous le rapport pratique, à entrer dans de plus grands

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. V.
(2) *Lond. and Edinb. monthly Journ.*, juillet 1844.
(3) *Arch. gén.*, t. XIII, 1re série.
(4) *Lond. med. chir. Trans.*, 1848.
(5) *Remarques sur l'étranglement int. des intest. et sur son trait.* (*Lond. med. Gaz.*, 1848).
(6) *The Lancet*, avril 1845.
(7) *Lond. med. Gaz.*, décembre 1846.
(8) *Arch. della medic. espan. y estrani.*, octobre 1846.

détails. Aussi ne dirai-je qu'un mot des brides cellulo-fibreuses. Est-ce à l'inflammation qu'il faut les attribuer? Dans quelques cas peut-être, mais non évidemment dans tous. Dans l'observation qu'il a citée, M. Louis a cherché en vain des traces d'inflammation, et dans celle de M. Gendron ce n'était évidemment pas à cette cause qu'on devait attribuer la production de l'obstacle congénital au cours des matières.

Pour terminer l'indication des lésions, il suffit de dire que le développement considérable de la portion d'intestin située au-dessus de l'obstacle, l'accumulation des matières fécales et des gaz, l'épaississement des parois intestinales par suite de cette dilatation, parfois l'inflammation de la partie d'intestin étranglée, et une péritonite consécutive, constituent les principales.

Le *diagnostic* de cette affection présente parfois des difficultés réelles, non qu'on soit embarrassé pour distinguer l'étranglement de toute autre maladie, mais parce qu'il est souvent très difficile de distinguer les diverses espèces entre elles. Disons cependant que la palpation et la percussion font reconnaître celui qui est occasionné par une *tumeur comprimant l'intestin;* que les mêmes moyens d'exploration et le siége de cette tumeur font diagnostiquer l'*invagination intestinale* dont il va être question bientôt, et qu'enfin on devra examiner attentivement les régions inguinales, l'ombilic et la ligne blanche, pour s'assurer s'il n'existe pas de *hernie*, et interroger le malade avec soin sur les phénomènes qui se sont montrés de ce côté; car il est très important, on le conçoit bien, de savoir si l'étranglement interne est dû à cette cause, dont je n'ai point parlé parce que les faits de ce genre rentrent dans le domaine de la chirurgie.

Pronostic. Le pronostic est, d'après tout ce que j'ai dit, excessivement grave. Quelquefois les douleurs cessent assez promptement; mais qu'on ne s'y laisse pas tromper, tant que le ballonnement persiste, tant que le cours des matières est interrompu, la gravité du pronostic reste la même.

Traitement. D'après ce que je viens de dire sur la *gravité extrême de cette affection*, il est évident que le *traitement* a très peu d'action sur elle. C'est une de celles où la médecine est presque complétement impuissante. Bornons-nous donc à indiquer ce qui a le mieux réussi comme *palliatif*. Lorsque les douleurs sont très vives, on emploie les *émissions sanguines*, et principalement les *sangsues* en grand nombre, ce qui, dans la plupart des cas, a produit du soulagement, mais un soulagement peu considérable et passager.

Les *purgatifs doux*, et en particulier le *calomel*, sont les moyens dont l'utilité est le plus incontestable. Dans les cas observés par M. Rokitansky, ils ont suffi pour mettre promptement un terme aux premières attaques, et ont procuré quelque soulagement au début de la dernière. Il en a été de même dans ceux que nous ont fait connaître Dance, MM. Louis, Rayer, etc. On ne saurait donc se dispenser de mettre en usage ces moyens si simples. L'*eau de Sedlitz*, l'*huile de ricin* à la dose de 40 à 50 grammes, le *calomel* à celle de 0,50 à 0,60 grammes, etc., rempliront promptement l'indication.

Toutefois, relativement à l'emploi des purgatifs, il faut faire une réflexion qui me paraît importante et qui m'est suggérée par presque tous les faits dont j'ai pris connaissance. Tant que l'étranglement n'est pas complet, c'est-à-dire tant que l'oblitération de l'intestin n'est pas parvenue à ses dernières limites, l'emploi du purgatif est suivi, après quelques coliques, d'évacuations alvines abondantes, et d'un soulagement

extrême qui en est la conséquence nécessaire; mais lorsque l'oblitération est complète, les symptômes sont, au contraire, aggravés. Il survient des coliques violentes et une anxiété très grande que rien ne peut faire cesser. Ces phénomènes sont faciles à comprendre. En effet, tant qu'il reste encore un passage, quelque étroit qu'il soit, les contractions fortes de l'intestin peuvent vaincre l'obstacle et le débarrasser de matières que l'action des purgatifs a rendues liquides; mais lorsque l'obstacle est infranchissable, les purgatifs n'ont d'autre effet que d'augmenter l'amas des matières et d'exciter les contractions de l'intestin, contractions impuissantes dont tout l'effet est de produire les douleurs violentes et les angoisses dont nous venons de parler.

Dans une affection où l'anxiété et les douleurs sont si vives, il est évident que les *narcotiques* doivent être employés, et qu'il faut les donner à haute dose. Cette simple indication suffira au praticien. On met également en usage les *antispasmodiques;* on applique sur l'abdomen des *préparations calmantes;* en un mot, on cherche par tous les moyens à rendre moins intenses les principaux symptômes; car, il faut le redire, le traitement, lorsqu'il existe un étranglement réel, ne peut être que palliatif.

M. le docteur Homolle (1) a rapporté néanmoins trois cas de succès obtenu à l'aide de la *strychnine* administrée de la manière suivante :

℞ Strychnine pure.......	0,02 gram.	Magnésie calcinée........ 4 gram.
Sucre blanc..........	1 gram.	

Mêlez exactement, divisez en 20 prises. A prendre d'heure en heure.

Mais y avait-t-il étranglement ou simple engouement?

Entérotomie. M. le docteur Maisonneuve (2) a pratiqué, il y a quelques années, l'entérotomie pour un cas d'oblitération de l'intestin grêle, et, enhardi par ce succès, il a proposé d'appliquer cette opération aux diverses espèces d'étranglement ou d'obstruction signalées plus haut. C'est à l'expérience ultérieure à nous éclairer sur la valeur réelle de cette opération, qui n'avait été pratiquée qu'un très petit nombre de fois et avec des succès très divers avant M. Maisonneuve. Mais, en attendant, on peut dire qu'il est des cas si évidemment désespérés, qu'on ne saurait se refuser à donner aux malades cette chance de guérison. Quant aux diverses méthodes qu'on peut suivre dans l'opération, M. Maisonneuve les a parfaitement exposées dans son mémoire (3).

ARTICLE XI.

INVAGINATION DE L'INTESTIN.

Cette maladie, qui était autrefois comprise, comme je l'ai dit plus haut, dans la description de l'*ileus*, n'a été convenablement étudiée que depuis que les progrès de l'anatomie pathologique ont permis de bien connaître les dispositions de l'intestin qui la produisent. Dans ces derniers temps on a cité un assez bon nombre de cas de cette maladie, et Dance en a fait le sujet d'un mémoire intéressant publié en 1826.

(1) *Gaz. des hôp.; Compte rendu de la Soc. méd. du Temple*, 1849.
(2) *Arch. gén. de méd.*, décembre 1844, *Séances de l'Ac. de méd.*
(3) *Mém. sur l'entérotomie de l'intestin grêle dans les cas d'oblit. de cet organe* (*Arch. gén. de méd.*, avril 1845).

Définition; synonymie; fréquence. L'invagination est, comme son nom l'ind que, la pénétration d'une plus ou moins grande partie de l'intestin dans l'intérieur d'une autre partie du même organe. C'est cette maladie qui a reçu particulièrement le nom de *volvulus;* on la désigne sous celui d'*intussusception*, de *pa. iliaca*, etc. Quoiqu'on ait un assez grand nombre d'exemples de cet accident n'est point très fréquent; ou du moins, si certaines invaginations qui ne donn pas lieu à des symptômes appréciables se montrent assez fréquemment, il n'en e pas de même de celles qui produisent les phénomènes qui seront décrits plus la Toutefois, si au lieu d'étudier la fréquence de cette maladie d'une manière abs lue, on se contente de la comparer à celle des autres causes d'obstruction inte nale, on arrive à ce résultat que l'invagination s'observe bien plus souvent.

M. le docteur Benj. Phillips (1) a, en effet, trouvé sur cent soixante-neuf ca d'obstruction intestinale par causes diverses, soixante-trois fois l'invagination. Le autres causes d'obstruction sont toutes notablement moins fréquentes.

Causes. Il est assez difficile d'indiquer les causes réelles de l'invagination inte tinale. Relativement aux *causes prédisposantes*, nous n'avons de renseignement que sur l'*âge* et le *sexe*, et encore sont-ils très insuffisants. On a trouvé l'invagina tion à tous les âges, et l'on a avancé qu'elle était surtout fréquente chez les enfan

M. le docteur Markwick (2) a vu une invagination considérable du gros intest *chez un enfant de quatre mois.* Le principal symptôme, dans ce cas, fut hémorrhagie intestinale considérable. A la fin, les matières rendues avaient odeur gangréneuse. La portion invaginée était complétement gangrenée.

M. le docteur Taylor (3) a observé une invagination considérable de l'intestin chez un enfant de vingt mois. J'ai moi-même (4) donné la description d'une p tion d'intestin éliminée par l'anus, avec *deux diverticules* qui rendaient très rem quable ce cas observé chez un *enfant de treize mois* par M. le docteur Marage.

Sexe. M. Thomson (5) a, sur trente-quatre cas, trouvé vingt malades du sexe m culin et quatorze du sexe féminin. La principale *cause occasionnelle* serait, d'a Dance, l'inflammation intestinale; mais il est souvent bien difficile de dire si inflammation a précédé ou suivi l'invagination. D'ailleurs on a observé des ca la maladie s'est produite subitement. De *violents efforts*, les *cris*, les *chutes* dans quelques cas, été immédiatement suivis des premiers symptômes de l'inv nation; c'est ce qui est arrivé également, au rapport de M. Burford (6), a l'administration d'un *purgatif drastique.* Enfin M. Cloquet a vu une parti l'intestin entraînée dans la portion inférieure par un *polype*, et c'est ce qui a constaté aussi par d'autres observateurs.

MM. Ogier, Ward et Prescott-Herwett (7) ont cité chacun un cas semblable

Symptômes. On a divisé les invaginations intestinales en plusieurs espèces; ma quand il s'est agi de la description des symptômes, on n'a point tenu compte

(1) *Lond. med. chir. Trans.*, 1848.
(2) *The Lancet*, juillet 1846.
(3) *The Lancet*, décembre 1843.
(4) *Note sur un cas d'expuls. par l'anus d'une portion de l'intestin, accomp. de deux vertic. qui lui étaient unis* (*Union médicale*, 2 février 1850).
(5) *Abst. of cases*, etc. (*The Edinb. med. and surg. Journ.*, 1835).
(6) *The Lancet*, 1840.
(7) *Lond. med. Gaz.*, novembre 1846.

ces divisions, qui n'ont par conséquent d'intérêt que sous le rapport de l'anatomie pathologique. Je me contenterai de les indiquer à l'article des lésions anatomiques. Rappelons seulement ici cette opinion de Dance, que l'invagination de l'intestin grêle est beaucoup moins grave que celle du gros intestin, et que fréquemment elle ne donne lieu à aucun symptôme. Cette opinion a été combattue par M. Cruveilhier (1), comme beaucoup trop absolue, et cependant il résulte des observations que nous possédons, que, dans la grande majorité des cas où les symptômes ont été très violents et ont causé la mort, il y avait une invagination du gros intestin.

Les symptômes de l'invagination intestinale ont une grande ressemblance avec ceux de l'*étranglement interne*. Cependant il y a, dans la première, quelque chose de particulier qui mérite toute notre attention, et qui a motivé la distinction que nous avons faite entre ces deux états morbides. Il est rare que les sujets n'aient pas éprouvé déjà, à une époque plus ou moins éloignée, des accidents du côté du tube digestif : ce sont des *douleurs* ayant un siége varié ; des alternatives de *diarrhée* et de *constipation*, et un trouble plus ou moins notable des digestions. Sous ce rapport, on le voit, la ressemblance avec l'étranglement interne est complète. Il est des cas, il est vrai, où les accidents de l'invagination surviennent tout à coup ; mais nous avons vu que l'étranglement interne, résultant du passage de l'intestin dans une ouverture trop étroite, donnait également lieu à des symptômes subits. Ainsi, dans les premiers phénomènes, rien qui soit propre à l'invagination.

Lorsque l'invagination intestinale a acquis un assez haut degré, on observe des *nausées*, des *vomissements bilieux*, qui ouvrent la scène ; puis des *coliques* souvent très violentes, une *sensibilité à la pression*, occupant une plus ou moins grande étendue du ventre, mais plus forte dans un point où, par la *palpation*, on découvre une *tumeur* oblongue, souvent d'un volume très considérable, et donnant un son mat à la *percussion*. Parfois les *selles* ne sont pas interrompues ; elles sont liquides, brunâtres, souvent fétides et teintes d'une plus ou moins grande quantité de sang. Quelquefois, au contraire, il y a une *constipation* opiniâtre ; mais ce symptôme s'observe moins constamment que dans l'étranglement. Dans la majorité des cas, il y a des *alternatives* de constipation et de diarrhée.

Dans les premiers temps de la maladie, la *face* est médiocrement altérée ; il n'y a *pas de fièvre*, et, sauf la douleur, le trouble des digestions et la constipation, on n'observe rien de remarquable. Mais, à une époque avancée, la *fièvre* s'allume, les malades éprouvent souvent une *soif* intense ; ils ont des *éructations*, des *régurgitations*, des *vomissements* fréquents, et un *hoquet* souvent très fatigant. La *face s'altère*, l'*amaigrissement* fait des progrès notables, et il y a une *anxiété* plus ou moins grande.

Dans les derniers temps, le *ventre* devient volumineux, extrêmement sensible, ce qui tient parfois au développement d'une *péritonite* autour de l'invagination. Les symptômes du côté de l'*estomac* persistent ou augmentent ; les *selles* sont brunâtres et restent liquides ; parfois elles sont très fréquentes et donnent lieu à des *épreintes*, comme dans un cas observé par M. Buet (2) ; d'autres fois elles sont complétement supprimées. Enfin la face devient *grippée*, le *pouls* est petit, très fréquent, presque

(1) *Anat. patholog. du corps humain.*
(2) *Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. XIV, 2e obs.

insensible ; il peut y avoir un *refroidissement* glacial, comme dans une observation recueillie par Dance (1), et le malade succombe.

Quelquefois cependant des symptômes tout aussi violents que ceux que je viens de décrire se terminent par la guérison. Si alors on examine les selles, on observe une circonstance remarquable qui a été surtout étudiée par M. Gaultier de Claubry (2), c'est l'*expulsion* par les selles d'une partie souvent considérable de l'intestin. Je ne citerai pas ici les cas de ce genre, ils sont généralement connus, et je me contenterai de dire qu'on a vu jusqu'à trois pieds d'intestin être rejetés ainsi. C'est l'intestin grêle qui subit les pertes de substance les plus considérables ; car il n'y a guère d'exemples de l'expulsion d'une partie du gros intestin dépassant un pied : cela s'explique sans doute par la plus grande gravité de l'affection dans ces derniers cas, et par la mort trop prompte pour permettre l'élimination.

L'expulsion de ces parties d'intestin est précédée ordinairement de *selles* muqueuses, sanieuses, sanglantes. Dans quelques cas pourtant, les matières rendues sont simplement fécales. Après l'expulsion, il y a, suivant la remarque de M. Gaultier de Claubry, une *hémorrhagie intestinale* presque constante, mais qui varie beaucoup dans son abondance.

Après cette élimination, plusieurs malades marchent rapidement vers la guérison, et n'éprouvent plus que quelques douleurs abdominales et de la diarrhée ; chez d'autres, ces accidents sont portés à un plus haut point, sans que toutefois la terminaison de la maladie soit plus funeste : il y a des troubles prolongés de la digestion ; parfois, ainsi que l'a remarqué M. Gaultier de Claubry, les malades ne peuvent redresser le tronc sans éprouver des *tiraillements douloureux* dans l'abdomen ; mais, après un temps assez long, tout rendre dans l'ordre, et il ne reste plus rien de la maladie.

Dans d'autres cas, enfin, les symptômes persistent et s'aggravent, les selles restent sanglantes, la diarrhée est considérable, les douleurs sont de plus en plus vives, et les malades succombent épuisés. A propos de la *terminaison*, j'indiquerai quelles sont parfois les conséquences fâcheuses de l'invagination, même après l'élimination de la partie invaginée.

Marche ; durée ; terminaison. La marche de la maladie est, comme nous l'avons vu, très différente suivant les cas : ainsi, tantôt il y a, avant que la dernière atteinte du mal ait lieu, des alternatives plus ou moins fréquentes, et de plus ou moins longue durée, de calme et de souffrance ; tantôt, au contraire, l'atteinte mortelle survient tout d'abord et marche d'une manière continue vers la terminaison funeste ; tantôt enfin l'invagination, se manifestant tout à coup, fait des progrès rapides. Aussi la *durée* est-elle très variable. En quelques jours, en effet, les malades peuvent succomber, tandis que, dans certains cas, la maladie se prolonge pendant plusieurs mois ; on l'a même vue avoir une durée de deux ans et plus. Les accidents qui suivent l'élimination de l'intestin invaginé rendent aussi cette durée très variable.

Quant à la *terminaison*, nous avons vu qu'elle était assez fréquemment favorable ; mais, il faut le dire avec Dance, c'est surtout dans les cas d'invagination de

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. XXVIII.

(2) *Sur la termin. de quelques cas de volvulus* (*Journ. hebd.*, 1833).

ntestin grêle. Le fait est surtout démontré par les cas d'élimination dont j'ai déjà ...lé. Sur trente-deux, dans lesquels M. Thomson a pu constater quelle était la ...rtion du canal intestinal éliminée, il a trouvé que vingt-deux fois elle apparte...it exclusivement à l'intestin grêle. Or, si nous rapprochons de ce fait cette con...ération que, dans l'invagination intestinale, l'élimination est, sans contredit, la ...nce la plus favorable, sinon la seule favorable, nous devons en conclure que ...vagination de l'intestin grêle est la moins fâcheuse.

M. le docteur Dayton (1) a cité un cas dans lequel il y eut élimination ...une portion d'intestin appartenant à l'intestin grêle, et ayant la longueur de ...nze pouces. Ce cas a été observé chez un homme malade depuis longtemps et ...jet à de vives coliques. Après l'expulsion de l'intestin séparé, le malade est ...tré promptement en convalescence. Il ne lui est resté que de la douleur dans le ...té droit du ventre, douleur augmentée par la position assise. M. le docteur Luizi ...ttadini, d'Arezzo (2), a vu, chez un homme d'une cinquantaine d'années envi...n, l'expulsion par l'anus d'une portion d'intestin grêle dont la longueur a été ...aluée à *une brassée* environ, être suivie de guérison complète.

Ce qui peut rendre la terminaison funeste, ce sont les conséquences de ...limination. Si, au moment de la séparation de la partie intestinale évacuée, les ...hérences ne sont pas suffisantes, il y a ouverture de l'intestin dans le péritoine, ...de là péritonite mortelle. D'un autre côté, la cicatrisation peut se faire d'une ...anière vicieuse, d'où résulte un rétrécissement qui plus tard occasionnera la ...ort. Il suffit de signaler la possibilité de ces accidents.

Lésions anatomiques. Je ne m'étendrai pas longuement sur les lésions anatomi...ues, quelque intéressantes qu'elles soient, parce qu'elles n'ont qu'une importance ...econdaire pour le praticien. Presque toujours l'invagination de l'intestin se fait de ...*aut en bas*, c'est-à-dire qu'une portion de cet organe pénètre dans une autre por...on plus rapprochée de l'ouverture inférieure. Cependant on a cité des cas où le ...ntraire avait lieu, et de là la division en *intussusception descendante* et *intussus...ption ascendante* ou *rétrograde*. M. Cruveilhier a voulu attribuer exclusivement ...tte dernière espèce à l'invagination des agonisants; mais on a cité des faits qui ...ouvent qu'elle peut se produire pendant la vie et donner lieu aux mêmes sym...ômes que la précédente. Parfois c'est une portion d'intestin grêle qui a pénétré ...ns la portion suivante et qui a été arrêtée par la valvule du cœcum; parfois aussi ...tte valvule est franchie, et le cœcum lui-même s'invagine dans le colon, qui à ...n tour peut être poussé dans le rectum. D'autres fois encore, c'est seulement une ...ortion du cœcum ou du colon qui est invaginée dans la partie inférieure du gros ...ntestin.

Lorsque l'invagination est simple, une coupe perpendiculaire des parois intes...nales, pratiquée dans le lieu qu'elle occupe, fait reconnaître ce qui suit : On ...ouve d'abord la séreuse de l'intestin invaginant, puis deux surfaces muqueuses ...n contact, puis deux surfaces séreuses, et enfin la membrane muqueuse de l'in...estin invaginé, qui forme au centre une cavité par laquelle les matières ont pu ...ncore s'écouler au dehors.

Telle est l'invagination la plus simple; mais assez souvent l'intestin invaginateur

(1) *The New-York Journ.*, 1845.
(2) *Raccoglitore medico*, février 1846.

s'invagine à son tour dans une partie plus inférieure, et par suite, superposition de nouvelles parois. Il en résulte des dispositions compliquées qu'il serait inutile d'indiquer ici. Disons seulement ce qui se passe dans les membranes ainsi placées dans des positions vicieuses. On y trouve toujours les traces d'une inflammation souvent très violente. Elles sont épaisses, d'un rouge vif ou brunâtre; parfois elles sont noires, très faciles à déchirer, infiltrées d'un liquide sanieux, évidemment gangrenées. L'intestin invaginant a subi quelquefois un ramollissement, tel que la partie invaginée rompt ses parois par son gonflement, et fait saillie à l'extérieur comme un moignon. C'est ce qu'on observait dans le deuxième cas cité par M. Buet, et ce que j'ai vu il y a quelques mois à l'hôpital Sainte-Marguerite, chez un jeune homme qui eut une invagination dont les progrès purent être suivis pendant la vie.

Des traces de péritonite se montrent souvent autour de la partie affectée, et de là la difficulté qu'on éprouve, dans plusieurs cas, à constater l'état des parties.

Les membranes muqueuses, anormalement adossées, se recouvrent d'une couche plus ou moins épaisse de matière gélatineuse, et de couleur variable suivant qu'elle est mêlée ou non à des liquides sanieux. Quant aux membranes séreuses qui sont dans le même cas, elles s'unissent par des fausses membranes que l'on a trouvées à un degré assez avancé d'organisation, lorsque la maladie avait eu une durée un peu considérable. Chez les sujets qui ont succombé après l'élimination d'une partie de l'intestin, on trouve tantôt une rupture avec *péritonite consécutive*, et tantôt une cicatrisation qui, ainsi que je l'ai dit plus haut, peut donner lieu à un rétrécissement.

Chez le jeune enfant observé par M. Marage et dont j'ai parlé plus haut, il y avait sur la partie d'intestin invaginée et éliminée, deux diverticulum de 6 centimètres de long environ, qui très probablement avaient déterminé l'invagination. Telles sont les lésions anatomiques qu'il importe de connaître.

Diagnostic. La seule affection avec laquelle il importe de comparer ici l'invagination intestinale, est l'*étranglement interne* produit par d'autres causes. La *péritonite* pourrait, il est vrai, donner lieu à quelques méprises, mais j'indiquerai ce diagnostic après avoir fait la description de cette dernière affection.

Nous avons vu que les symptômes de l'invagination intestinale étaient presque tous communs à cette maladie et à l'*étranglement interne* précédemment décrit. C'est dans l'état de l'abdomen, constaté par la palpation et la percussion, et dans les caractères des évacuations alvines, qu'il faut chercher les éléments du diagnostic. L'invagination de l'intestin, lorsqu'elle est assez considérable pour donner lieu aux symptômes indiqués plus haut, produit une tumeur d'une étendue ordinairement considérable, de forme cylindrique, allongée, qui suit presque toujours le trajet d'une partie du gros intestin. Aussi est-ce presque constamment dans le flanc gauche qu'il faut aller chercher le siége de la maladie. C'est là déjà un signe différentiel important, puisque dans l'étranglement interne il n'existe pas de tumeur, ou, s'il en existe, elle se trouve dans une partie quelconque de l'abdomen, et n'a ni la forme ni la direction de celle de l'invagination. La percussion donne un son mat dans toute l'étendue de la tumeur, et, au contraire, un son tympanique dans les autres parties, lorsqu'il y a rétention des gaz. Quant à l'état des selles, il n'est utile pour le diagnostic que dans quelques cas. Les évacuations alvines sont-

elles composées de matières brunes, sanieuses fétides, c'est un signe qui se rapporte plus particulièrement à l'invagination intestinale; la matière des selles est-elle, au contraire, consistante, rubanée, comme passée à la filière, c'est un signe caractéristique du rétrécissement. L'absence complète de selles s'observe plus particulièrement dans l'étranglement.

Pronostic. Nous avons vu plus haut que le pronostic était beaucoup plus favorable dans l'invagination de l'intestin grêle que dans celle du gros intestin. Nous avons également que l'élimination est une circonstance heureuse. C'est là ce qu'il importe principalement de savoir relativement au pronostic.

Traitement. Anciennement on proposait, pour la cure du *volvulus*, l'administration de matières d'un poids considérable qui, en traversant l'intestin, devaient faire cesser ces *plissements* anormaux. Ainsi, on faisait avaler des *balles de plomb* ou *d'or*, ou bien on faisait prendre une certaine quantité de *mercure métallique;* mais cette pratique est aujourd'hui abandonnée. L'anatomie pathologique ayant démontré que c'est presque toujours le bout supérieur qui s'invagine, il n'était plus possible de persister dans une méthode qui ne peut avoir d'efficacité. On a également proposé, à une époque assez éloignée de nous, d'*insuffler l'intestin par l'anus;* mais on ne cite pas de cas où ce procédé mécanique ait réussi. Enfin, pour terminer ce que nous avons à dire sur le traitement qu'on peut appeler curatif, ajoutons que la *gastrotomie* a été proposée dans le but de replacer les intestins dans leur position normale. Mais malgré les cas heureux cités par Barbette, Bonet, le docteur Fuchs (1), on ne peut conseiller une semblable opération. Ce n'est, en effet, qu'à une époque où l'inflammation s'est emparée des parois intestinales, que le danger devient imminent; et que peut alors la gastrotomie? En supposant même qu'on fût appelé à temps, les manœuvres auxquelles on devrait nécessairement se livrer dans l'intérieur du ventre ne sont-elles pas effrayantes? La gastrotomie, pour les cas de ce genre, est aujourd'hui généralement abandonnée.

Toutefois n'oublions pas que M. Maisonneuve a proposé l'*entérotomie* dans un autre but. On peut voir, à ce sujet, ce que j'ai dit dans l'article précédent (voy. p. 45).

La conduite du médecin consiste à modérer autant que possible les principaux symptômes, et à favoriser l'élimination de l'intestin. Contre l'inflammation, on dirigera principalement la *saignée générale*, les *sangsues* en grand nombre appliquées sur la tumeur; les *boissons émollientes*, les *cataplasmes* sur l'abdomen, et même les *bains*. Les *narcotiques* sont généralement employés pour calmer l'agitation et les douleurs du ventre. De légers *laxatifs* sont également mis en usage; mais il ne faut pas, comme le veulent quelques uns, avoir recours aux *purgatifs violents*, qui donneraient lieu à des contractions intestinales dangereuses et à un mouvement péristaltique de l'intestin agissant dans le sens de l'invagination. Des *lavements émollients* ou *laudanisés;* un *repos absolu*, un *régime très sévère*, compléteront ce traitement, dont le but est, comme on le voit, d'éloigner toutes les causes qui peuvent empêcher la maladie d'arriver au moment où l'élimination de l'intestin doit avoir lieu.

(1) *Hufeland's Journ.*, t. LX.

ARTICLE XII.

CANCER DE L'INTESTIN.

Le cancer de l'intestin est moins fréquent que celui de l'estomac, et même, si l'on excepte le rectum et la partie inférieure du colon, on peut dire que le canal intestinal est fort rarement atteint de cette maladie. Je ne crois pas qu'il soit utile de m'étendre longuement sur cette affection incurable. J'insisterai seulement un peu sur le *cancer du rectum*, qui offre le plus d'intérêt.

Nous ne connaissons pas mieux les *causes* du cancer de l'intestin que celles du cancer des autres organes. Il n'y aurait par conséquent aucune utilité à répéter ce qui a été avancé sur ce point.

Quant aux *symptômes*, ils varient en partie, suivant le point de l'intestin occupé par le cancer. Si celui-ci se trouve dans une portion très voisine de l'estomac, comme dans le *duodénum*, les symptômes ne diffèrent pas sensiblement de ceux du cancer gastrique. Le *cancer de la partie moyenne de l'intestin grêle* est le plus rare de tous ; il donne lieu aux *coliques*, aux *troubles de la digestion*, aux *alternatives de diarrhée et de constipation*, à la présence d'une *tumeur* dont le siége n'est point ordinairement sur le trajet du gros intestin. Le *cancer de la fin de l'iléon* et du *commencement du cæcum*, plus fréquent que le précédent, se distingue par le siége de la tumeur à laquelle il donne lieu, et par l'obstacle au cours des matières. Quant aux symptômes du cancer occupant la fin du gros intestin, je vais les indiquer rapidement.

Cancer de l'S iliaque du colon, et du rectum. Le principal symptôme auquel donne lieu ce cancer est d'abord une *constipation* plus ou moins opiniâtre, suivie, à une époque plus avancée de la maladie, d'une *diarrhée* qu'il est très difficile à vaincre. On a pensé que cette diarrhée était due principalement à l'ulcération du cancer, mais le fait n'est pas exact, et l'on trouve des cas, comme M. Vidal de Cassis (1) en a cité un exemple, où le cancer non ulcéré a pour principal symptôme l'*incontinence des matières fécales*. La *douleur* n'est point un phénomène constant, elle manque très souvent au début, et ne peut se montrer à aucune époque de la maladie.

La *palpation* et la *percussion* font reconnaître l'existence d'une *tumeur* dans la fosse iliaque gauche, lorsque la maladie siége vers l'S iliaque du colon, dont elle occupe principalement la courbure, ainsi que l'a remarqué M. Chanut (2). Quand le cancer occupe une partie plus profonde, c'est à l'aide du *toucher rectal* ou bien du *speculum ani* qu'il faut chercher à reconnaître cette tumeur. Parfois cependant elle est tellement située, qu'elle échappe à l'investigation.

Tels sont, pendant un temps plus ou moins long, les signes du cancer occupant la partie inférieure du gros intestin. Toutefois il faut y joindre un certain degré de *dépérissement*, d'*affaiblissement*, et la *pâleur des téguments*, très remarquable dans quelques cas.

A une époque plus avancée, les accidents deviennent beaucoup plus graves ; c'est alors que surviennent la diarrhée et l'*écoulement par l'anus d'une matière sanieuse*, sanguinolente, purulente, présentant l'odeur caractéristique du cancer

(1) *Du cancer du rectum et des opérations qu'il peut réclamer* ; Paris, 1842, in-8.
(2) *Du cancer du colon* ; Thèse, Paris, 1842.

En même temps, des *douleurs* plus ou moins vives peuvent se faire sentir, le dépérissement augmente, la faiblesse devient extrême, et l'on observe les divers symptômes généraux mentionnés à l'occasion des autres cancers, et principalement du cancer de l'estomac. Parfois la tumeur cancéreuse est assez volumineuse pour occasionner des *symptômes de compression* sur les organes voisins. J'ai vu, il y a peu de temps, à l'hôpital de la Pitié, un homme qui présentait à la région hypogastrique, un peu à gauche, une tumeur dure et bosselée, et qui se plaignait principalement d'une difficulté notable dans l'émission des urines et de douleurs dans la vessie. On aurait pu croire à l'existence d'une tumeur de ce dernier organe ; mais le toucher rectal faisait reconnaître une tuméfaction considérable avec végétations, produisant un liquide sanieux et fétide, et la diarrhée continuelle que le malade éprouvait depuis longtemps achevait d'établir le diagnostic. La tumeur, en effet, avait pris naissance dans les parois du rectum et comprimait seulement la vessie par son développement. On comprendra facilement quels doivent être les effets analogues des cancers situés dans d'autres points de l'intestin.

M. Requin a cité un cas dans lequel un cancer du colon avait déterminé par son ulcération la communication de cet intestin et de l'estomac. Il en était résulté des vomissements de matières fécales qui du colon passaient dans l'estomac. Des communications semblables peuvent s'établir entre l'intestin et les autres organes creux contenus dans l'abdomen.

La *marche* de cette affection est chronique. Sa *durée* peut se prolonger pendant plusieurs années, et sa *terminaison* est toujours fatale, à moins qu'elle n'occupe une partie du rectum accessible aux opérations chirurgicales. Mais c'est un point qui est du domaine de la chirurgie, et qu'il suffit d'indiquer ici. De grandes hémorrhagies, dues à l'ulcération, et la perforation de l'intestin, hâtent parfois cette terminaison fatale.

Je ne dois pas non plus m'étendre sur les *lésions anatomiques*. Les diverses formes du cancer, les ulcérations, les végétations, en un mot tout ce que j'ai décrit à l'occasion du cancer de l'estomac, se retrouvent dans le cancer de l'intestin. Parfois on trouve dans la partie occupée par la dégénérescence cancéreuse, des corps étrangers, comme des noyaux de fruits, etc.

Le *diagnostic* du cancer de l'intestin ne présente pas ordinairement de grandes difficultés. L'existence d'une tumeur accompagnée de symptômes de dépérissement, de cachexie cancéreuse, met facilement le médecin sur la voie. Disons seulement ici un mot d'une particularité signalée par M. Cruveilhier : chez un sujet affecté d'un cancer du commencement du cœcum, une grande quantité de noyaux de cerises étaient accumulés dans la partie de l'intestin affecté. Il existait une tumeur dans la fosse iliaque droite, et si l'on pressait sur cette tumeur pour apprécier sa résistance, la collision des noyaux de cerises donnait lieu à une espèce de crépitation qui aurait pu faire croire à l'existence d'un *emphysème*. Dans un cas semblable, les bosselures que présente ordinairement la tumeur, et la matité à la percussion, préviendront l'erreur.

Je n'ai rien de particulier à dire du *traitement*, si ce n'est que, dans le cancer du rectum, on peut, en pratiquant la *dilatation*, comme dans le rétrécissement simple, prolonger les jours du malade, et que la chirurgie est parvenue aujourd'hui à pratiquer des opérations qui intéressent une partie assez élevée de l'intestin,

opérations que l'on croyait impossibles autrefois ; mais, à ce sujet, je dois renvoyer aux traités de chirurgie (1). Quant aux *moyens palliatifs*, ils ne diffèrent pas sensiblement de ceux que j'ai indiqués à l'occasion du cancer de l'estomac. Je dois seulement prévenir le lecteur contre un accident qui est quelquefois arrivé. Des lavements laudanisés, à une dose ordinaire, ayant été administrés à des sujets qui avaient une ulcération cancéreuse du rectum, il en est résulté un véritable *empoisonnement*. On a attribué cette action insolite à la promptitude de l'absorption par la surface ulcérée.

ARTICLE XIII.

ENTÉRALGIE.

Rien n'est plus mal défini que l'entéralgie. En lisant les auteurs, on ne sait, en effet, quels sont les cas qu'il faut particulièrement lui rapporter. Il est un grand nombre d'affections qui occasionnent des douleurs intestinales, et très souvent on n'a vu en elles que la douleur, ce qui a engagé à en faire des névroses. Aussi, sous le nom de *coliques nerveuses*, remplacé généralement aujourd'hui par celui d'*entéralgie*, a-t-on rangé des douleurs des parois intestinales, des douleurs résultant de la distension intestinale qui a lieu dans la tympanite, etc. Il est donc impossible de donner une grande précision à l'histoire de la maladie ; et comme ses symptômes ne diffèrent sensiblement de ceux de la gastralgie que par le siége, on comprendra que je ne m'étende pas longuement sur un sujet aussi peu connu.

Les *causes* sont généralement les mêmes que celles de la gastralgie, à laquelle l'affection qui nous occupe est ordinairement unie.

Les *symptômes* sont les suivants : On observe d'abord une *douleur* très variable par son intensité, occupant principalement le pourtour de l'ombilic, quelquefois assez violente pour arracher des cris aux malades et pour leur faire prendre des positions bizarres ; assez souvent calmée et non modifiée dans sa nature par la pression ; quelquefois, au contraire, augmentée. Ce symptôme n'est pas ordinairement exaspéré par l'ingestion des aliments, comme la douleur de la gastralgie. C'est dans le cours de la digestion, et lorsque les matières commencent à pénétrer dans l'intestin, que l'exacerbation a lieu et devient parfois excessive. Tantôt les douleurs sont concentrées dans le point qui vient d'être indiqué, et tantôt elles s'irradient dans les diverses parties de l'abdomen.

Les sujets affectés d'entéralgie ont ordinairement des *flatuosités* incommodes, et souvent les gaz, n'étant pas chassés au dehors, s'accumulent dans l'intestin ; il y a alors *tympanite intestinale*. Des *borborygmes*, la *tension du ventre*, la *sonorité* extrême de cette partie à la percussion, en sont la conséquence. La *constipation* est ordinairement opiniâtre, mais il survient souvent, surtout immédiatement après les repas, une *diarrhée passagère*.

C'est, ainsi que nous venons de le voir, par des *crises* que se manifeste surtout l'entéralgie. Pendant ces crises ou *accès*, on observe une *anxiété* fort grande, le *froid des extrémités*, une *sueur froide*, une *décomposition* des traits, parfois

(1) Voy. *Traité de path. externe*, par Vidal (de Cassis); Paris, 1846, 5 vol. in-8.

enfin la *lypothymie* et la *syncope*. Le *pouls* présente alors un certain degré d'accélération, de concentration et de faiblesse; mais hors de ces circonstances, il est calme, naturel, quelquefois un peu ralenti. On a remarqué que ces crises avaient principalement lieu à la suite des émotions vives, après des travaux prolongés, et ainsi que je l'ai dit plus haut, pendant le travail de la digestion.

La *marche* de la maladie, sa *durée* et sa *terminaison*, ne diffèrent pas de celles de la gastralgie.

Le *diagnostic* peut présenter quelquefois des difficultés, et il n'est pas douteux que d'assez nombreuses erreurs n'aient été commises. Ce n'est évidemment pas avec l'*entérite* qu'on pourra confondre l'entéralgie ; aussi ne m'y arrêterai-je pas: mais il est une affection qui ressemble beaucoup à celle dont il s'agit ici, et qu'on a probablement prise souvent pour elle: c'est la *névralgie lombo-abdominale*. Dans cette névralgie, les douleurs sont parfois excessives ; elles reviennent par accès ; un des points qu'elles occupent se trouve à l'hypogastre et aux environs de l'ombilic. Voilà de nombreuses causes d'erreurs. On distinguera les deux affections aux signes suivants: dans l'entéralgie, la pression n'est ordinairement pas douloureuse ; dans la *névralgie lombo-abdominale*, au contraire, outre le point hypogastrique et ombilical, on trouvera les points lombaire et latéral qui la caractérisent. Ce seul signe suffit pour le diagnostic.

Le *rhumatisme des parois abdominales* pourrait aussi en imposer ; mais la persistance des douleurs, la difficulté des mouvements intéressant les muscles affectés, l'absence des flatuosités lèveront bientôt tous les doutes.

Quant à la *colique hépatique* et à la *colique néphrétique*, le siége en est différent, et ces affections ne pourraient donner lieu à une méprise qu'à une observation très peu attentive.

Tous les auteurs sont d'accord pour dire que le *traitement* de l'entéralgie ne diffère pas sensiblement de celui de la gastralgie. Disons seulement que les *lavements opiacés*, quelques *laxatifs* pour vaincre la constipation, l'application des *révulsifs* aux environs de l'ombilic, en forment la base.

On trouve dans le journal *la Verdad*, de Madrid (1842), deux cas d'entéralgie guéris par le *chloroforme* administré comme il suit :

℞ Eau de fleurs de tilleul....	40 gram.	Mucilage..................	Q. s.
Chloroforme............	12 goutt.		

Dose : une cuillerée de quart d'heure en quart d'heure.

ARTICLE XIV.

COLIQUE NERVEUSE (*colique végétale*, etc.).

On a décrit sous des noms très divers des cas de maladie qui paraissent identiques, car en quelque lieu qu'on les ait observés, quelque cause qu'on leur ait attribuée, ils présentent les mêmes symptômes, et l'on peut dire qu'il est peu d'affections dans le cadre nosologique qui aient une symptomatologie aussi constante. C'est d'elle que je vais traiter sous le nom de *colique nerveuse*, négligeant les autres dénominations qui lui ont été données, tantôt suivant le lieu où on l'a observée, tantôt suivant sa cause primitive, tantôt enfin suivant l'opinion que se sont faite les auteurs sur sa nature.

Parmi les auteurs qui s'en sont principalement occupés, je signalerai particulièrement Citoys (1), Huxham (2), Dehaen, Bonté (3), Barbier; MM. Mérat (4), Marquand (5), Pascal (6), Tanquerel des Planches (7), Vasse (8) et Ségond (9). En 1848, j'ai publié sur cette maladie un mémoire d'après deux cas que j'ai observés à Paris (10). C'est avec ces matériaux que je vais tracer l'histoire de la *colique nerveuse.*

§ I. — **Définition; synonymie; fréquence.**

L'affection dont je vais donner l'histoire est caractérisée par des coliques très violentes, avec une profonde anxiété, des vomituritions et une constipation opiniâtre. Ce résumé symptomatique doit, dans l'état actuel de la science, remplacer une définition plus précise qui serait entièrement impossible.

Elle a été désignée sous les noms de *colique d'Espagne*, *de Madrid*, *du Poitou*, *de Devonshire*, *de Cayenne*, *de Surinam*, et aussi sous ceux *de Barbiers*, *de béribéri*, de *colique végétale*, de *colique nerveuse*, de *névralgie du grand sympathique*, de *gastro-entéralgie rhumatismale des marins* (Langevin), de *colique névroso-gastrique* (Baudry), de *coliques sèches* (Mauduyt), etc., etc. Après avoir parcouru les principales observations publiées par les auteurs précédemment cités, j'ai été conduit à confondre toutes ces affections sous le nom de *colique nerveuse*.

La *fréquence* de cette maladie est très différente suivant les climats et suivant les localités. C'est principalement dans certains climats chauds, au Sénégal, à l'île Bourbon, etc., qu'on l'observe. Elle est au contraire très rare dans les pays tempérés, sauf toutefois des exceptions remarquables pour quelques localités, telles que le Poitou en France, le Devonshire en Angleterre, et certains endroits de la Normandie.

§ II. — **Causes.**

A l'époque où l'on croyait que la maladie ne se produisait que dans certains pays, on a naturellement recherché des causes particulières à ces pays. Citoys l'attribuait aux *vins blancs du Poitou*, bien qu'il eût déjà remarqué que cette maladie régnait presque exclusivement pendant les temps froids et humides. Bonté, qui pratiquait dans la basse Normandie, lui donne pour cause le mauvais cidre, le cidre fait avec des pommes acerbes. En Espagne, les uns ont accusé les vins, les autres les fruits acerbes, l'abus des glaces et des boissons glacées. En Angleterre, Huxham a vu, comme Bonté, la cause de la maladie dans l'abus du cidre, dans lequel, néanmoins, Th. Alwen a trouvé du plomb, et M. Vasse, tout en reconnaissant que dans la grande majorité des cas où le cidre a occasionné des accidents

(1) COLIQUE DU POITOU. *De nov. et pop. apud Pictones dol. col. bilioso diatriba*, 1639.
(2) COLIQUE DU DEVONSHIRE. *De col. damn.*, etc. (*Op. med.*, t. III).
(3) *Rech. sur la col. du Poitou* (*Ancien journ. de méd.*, XV, XVI et XX).
(4) *Diss. sur la col. mét.*; Thèse, Paris, an XI.
(5) *Journ. complém.*
(6) *Journ. des progrès*, 1827.
(7) *Traité des malad. de plomb.*
(8) VOY. TANQUEREL, *Traité des malad. de plomb.*
(9) *Essai sur la névralg. du grand sympath.*: Paris, 1837.
(10) *Colique végét. obs. à Paris* (*Union médic.*, 6 et 9 mai 1848).

ux-ci devaient être attribués à une certaine quantité de litharge introduite dans liquide pour en atténuer l'acidité, pense néanmoins que l'abus seul d'un cidre n chargé d'une substance toxique, mais plus ou moins acerbe, peut produire tte maladie.

Les auteurs, qui ont pu embrasser d'un seul coup d'œil les faits rapportés dans divers pays que je viens de mentionner, ont été frappés de l'uniformité de tte cause admise par les médecins qui ont observé sur les lieux, et ont donné la maladie le nom de *colique végétale*.

Mais déjà, comme nous l'avons vu, on avait remarqué que la maladie se déclarait rticulièrement aux époques où les variations de température sont les plus fréentes, et ce fait, qui n'avait pas échappé à Sydenham, a reçu une confirmation mplète des recherches faites dans certains pays, où ces variations de température nt surtout remarquables.

M. Ségond (1) a démontré par les faits, que ce n'est réellément pas à l'usage des issons et des fruits acerbes qu'est due la maladie, et il place parmi les causes incipales l'action brusque d'un vent frais sur la peau et les grandes variations de mpérature. C'est là ce qui explique la grande fréquence de la colique nerveuse Sénégal, où observait l'auteur et dans d'autres pays chauds.

M. le docteur Mauduyt (2) a vu, en effet, la colique du Sénégal, de l'île Bouron, de l'Inde française, se produire avec tous les caractères donnés par M. Ségond, et indépendamment de toute intoxication saturnine ou autre. La description qu'il donne de cette maladie, qu'il désigne sous le nom de *coliques sèches dans les pays chauds*, ne laisse aucun doute à ce sujet.

Il n'est pas jusqu'à la connaissance des professions des malades qui ne vienne, directement, prouver que c'est là la cause capitale de cette affection ; car, ainsi que nous allons le voir, ce sont les *professions* dans lesquelles le passage du chaud u froid est le plus fréquent et le plus marqué qui exposent le plus à la colique nerveuse.

Quant à moi, j'ai constaté, dans les deux cas que j'ai eu occasion d'observer (3), que les malades buvaient depuis plus de six mois du cidre fabriqué à Paris, et, par conséquent de qualité inférieure. Assurément c'est là une circonstance digne de remarque, d'autant plus que l'analyse chimique qui a été faite de cette boisson, par M. Mialhe, n'y a fait découvrir aucune trace de substance toxique. Mais il en st une autre, qui ôte à la première toute son importance, c'est qu'un enfant de neuf ans qui avait constamment bu de ce même cidre n'avait rien éprouvé. D'un autre côté, à l'époque où les observations furent recueillies, les variations de température étaient presque continuelles, et un des malades, en particulier, y avait été exposé d'une manière tout à fait inaccoutumée.

Suivant M. Ségond, et cette manière de voir est très admissible, les variations atmosphériques ne constitueraient pas la cause unique de la colique nerveuse, elle en serait seulement la cause principale, la cause sans laquelle la maladie ne pourrait guère se déclarer, seulement d'autres circonstances favoriseraient singulièrement son action, et ces circonstances doivent, par conséquent, être mises au rang des *causes secondaires*. Ce sont elles que je vais rapidement exposer.

(1) *Loc. cit.*
(2) *Des coliques sèches dans les pays chauds* ; Thèse, Paris, 1818.
(3) *Loc. cit.*, p. 217.

Ages. Les enfants et les vieillards ne présentent presque jamais la colique ner- veuse, ce qui, comme le fait remarquer M. Ségond (1), doit être attribué à l'ab- sence des causes déterminantes auxquelles sont exposés les adultes.

Sexe. Les hommes sont presque exclusivement affectés de cette maladi- M. Ségond fait remarquer que lorsque les femmes en sont atteintes, les sympt- qu'elles présentent sont moins violents. C'est ce qui eut lieu dans les cas que j'ai servés. L'absence des causes déterminantes doit être encore invoquée pour ex- quer cette différence, les femmes, sous ce rapport, pouvant être rangées av- enfants et les vieillards.

Professions. Si l'on étudie les faits, on voit que parmi les professions qui ex- sent le plus à la colique nerveuse, celles où l'impression des changements brusq- de température est le plus fréquente, et le plus fortement sentie, tiennent le pre- rang. Ainsi, avant toutes les autres, nous trouvons les professions de marin e- pêcheur, si bien que quelques auteurs ont donné à l'affection le nom de *coli- des marins.* Viennent ensuite celles de boulanger, de forgeron, de chauffeur et mécanicien des bateaux à vapeur, etc., etc.

Ce que j'ai dit plus haut, relativement aux lieux où règne la colique nerve- me paraît suffisant pour faire apprécier l'influence des *climats.* Remarquons s- lement ici que c'est dans les régions intertropicales qu'elle sévit particulièreme-

On a vu la maladie attaquer surtout les individus *affaiblis* par une cause q- conque, et principalement les valétudinaires, les convalescents, les nosta- ques. A cette cause il faut rapporter les cas survenus après de grands *abus d-*

Enfin, on a vu la maladie se produire après un violent *accès de colère.*

Nature de la maladie. Des recherches les plus attentives et les plus exacte- résulte que cette maladie n'est ni une intoxication, ni le résultat d'une lésion a- tomique appréciable; sa nature nerveuse doit donc être admise. Maintenant d- vons-nous la regarder comme une *névralgie du grand sympathique*, ainsi qu- pense M. Ségond? Devons-nous n'y voir qu'une forme de gastro-entéralgie devons-nous chercher dans l'état de souffrance des nerfs provenant de la moelle la moelle elle-même, du nerf pneumo-gastrique, etc., la cause des symptôme- violents qui la caractérisent? Ces questions ne peuvent pas être résolues dans l'é- actuel de la science. Pour moi, tout ce que je peux dire, c'est que je pense q- s'agit d'une forme particulière de la gastro-entéralgie. Mais ce que je tiens sur- à constater, c'est que, dans tous les documents que nous possédons, on ne doit p- faire de maladies distinctes de ces diverses affections décrites séparément sous l- noms de *colique nerveuse*, proprement dite, de *colique de Madrid*, de *coliq- gétale*, etc. Tout cela ne constitue qu'une seule et unique maladie, observée da- des lieux différents, mais dans des circonstances identiques, et c'est cet état morbi- toujours le même dans les différents pays, que je désigne sous le nom de *coli- nerveuse*, à cause de sa nature et de ses principaux symptômes.

§ III. — Symptômes.

Les auteurs sont d'accord sur les symptômes, parce qu'ils les ont vus se montre- les mêmes dans les différents pays, sauf les légères différences que les climats e- les habitudes doivent nécessairement y apporter.

(1) *Loc. cit.*, p. 6.

Début. Dans quelques cas, le début est brusque, ou du moins très rapide, de le sorte qu'en peu de moments les symptômes arrivent à leur plus haut degré ntensité. C'est seulement dans les épidémies que l'on observe le début subit ou s brusque.

Le plus souvent les malades commencent à éprouver, pendant un temps plus ou ins long, du malaise dans la région abdominale. L'appétit diminue; la langue ient blanchâtre; il y a un abattement général, une sensation de froid surtout : extrémités, et un peu d'oppression.

En même temps il se produit des changements dans la *défécation*. Ordinaire-nt les selles deviennent tout d'abord rares, et la constipation va tous les jours augmentant. Quelquefois cependant la maladie commence par un peu de diar-e, mais cette diarrhée est peu abondante, et fait place, au bout de deux ou is jours au plus, à la constipation progressive dont je viens de parler.

Enfin on remarque, sur le visage, une expression de langueur et de tristesse, et *teinte ictérique* légère.

Ne dirait-on pas, en lisant l'exposé de ces *prodromes* qu'il s'agit de la *colique plomb?* cette ressemblance, nous allons la trouver aussi grande dans les sym-ômes de la maladie confirmée.

Symptômes. Après trois, quatre ou cinq jours de cet état qui dure parfois plus ngtemps, et, dans quelques cas, sans malaise préalable, la maladie se caractérise bord par les *coliques*.

Ces coliques consistent dans des *douleurs* revenant à des intervalles variables uvent très courts, et occupant une grande étendue de l'abdomen. Leur intensité t très variable dans les divers moments; elles sont tantôt assez supportables, tantôt olentes, et tantôt enfin tellement atroces, que les malades se jettent à droite et à uche dans leur lit, courbent fortement le tronc en avant en comprimant le ventre ec leurs mains, se couchent sur le ventre, etc. Quoiqu'elles se fassent sentir dans plus grande partie de l'abdomen, elles ont pour siége principal le trajet du colon nsverse et les hypochondres. Quelquefois néanmoins elles occupent particuliè-ment l'ombilic et l'hypogastre.

Dans quelques cas la douleur est générale; dans tous, il y a un certain degré tension et d'engourdissement, même dans les points de l'abdomen qui ne sont s le siége de douleurs vives.

Bien que cette douleur revienne par exacerbations, il est bien rare que dans les ervalles plus ou moins courts, le soulagement soit assez grand pour ôter au ma-le toute son anxiété. Il reste ordinairement une *douleur continue*, sourde, très nible, occupant tout l'abdomen.

La plupart des auteurs ont avancé que la *pression* la plus forte n'augmente pas douleur abdominale. C'est aussi ce qu'on avait dit de la *colique de plomb*; mais examen attentif fait voir que cette proposition est trop absolue. Il est des cas, effet, où une pression exercée avec le bout des doigts est insupportable, surtout ndant les exacerbations de la douleur. C'est ce que j'ai pu constater dans ceux ii ont été soumis à mon observation. Il n'en est pas moins très remarquable que malades, dans le but de se soulager, compriment avec force leur ventre comme ns la *colique saturnine*.

La conformation du ventre est variable. Quelquefois il est tendu, dur, saillant,

et donne un son tympanique à la percussion. Dans d'autres cas il est rétracté, et parfois la paroi antérieure paraît collée à la colonne vertébrale. Entre ces deux extrêmes il y a de nombreuses nuances. Encore un point de ressemblance entre cette maladie et la *colique de plomb*.

La *constipation* est absolue. La *langue* est pâle ou couverte d'un enduit blanchâtre ; elle a de la tendance à se sécher, et souvent même devient aride au bout de quelques jours. L'*appétit* est perdu. On note assez souvent l'existence du *hoquet*, et bien plus souvent encore des *éructations* nombreuses, auxquelles succèdent les *nausées*, puis les *vomissements*.

Les premiers vomissements sont composés d'aliments, de boissons et de matières muqueuses; mais bientôt ils sont remplacés par des vomissements d'une *bile* variant du jaune au vert foncé. M. Ségond a constaté que ces vomissements sont d'une *acidité* remarquable.

L'émission de l'*urine* devient rare, très peu abondante, souvent difficile et pénible; il y a un véritable *ténesme vésical*, et des malades se plaignent d'un sentiment de pesanteur au périnée.

Du côté de la *poitrine*, nous trouvons une oppression souvent fort grande, de l'anxiété précordiale, une gêne marquée dans les mouvements du thorax ; le *pouls* est ordinairement faible et inégal.

Les douleurs, lorsque la maladie acquiert un haut degré d'intensité, ne restent pas bornées à l'abdomen ; elles se propagent au rachis, aux épaules, aux extrémités supérieures et inférieures, et sont souvent très vives.

On observe, en outre, des *crampes* dans les diverses parties du corps, mais principalement aux extrémités.

La *face* est toujours contractée, avec une expression de vive anxiété. Dans les exacerbations, les yeux expriment à la fois la douleur et l'effroi.

Un autre phénomène remarquable, c'est la *teinte ictérique* que présente la face, et qui se montre surtout aux sclérotiques. Si cette teinte n'existe pas, il y a une pâleur mate ou plombée. Dans un assez bon nombre de cas, on voit survenir un *ictère* véritable.

Il est des cas où la maladie prend une intensité plus grande encore. Alors les coliques sont presque incessantes, la dyspnée est extrême, les douleurs dans le rachis et les membres deviennent intolérables, l'agitation est continuelle, l'anxiété profonde. Le pouls est faible et souvent d'une *lenteur extrême ;* il devient irrégulier. La respiration est excessivement pénible et faible. C'est alors qu'on voit survenir l'*amaurose*, la *surdité* presque complète, l'*aphonie*, un *tremblement* continuel, des *convulsions*, du *délire*, et rarement le *coma*. Enfin quelquefois on voit la maladie se terminer par des *attaques d'épilepsie mortelles*.

La *paralysie* est un phénomène qui succède à la colique nerveuse aussi bien qu'à la colique de plomb. Elle attaque principalement les poignets et les pieds.

Des *sueurs* et diverses *éruptions cutanées* peuvent se montrer au déclin de la maladie. M. Ségond s'est assuré, par l'étude des faits, que ces éruptions ne sont pas critiques, comme quelques médecins l'avaient pensé.

Enfin, quelquefois on voit la maladie, *prenant une marche chronique*, plonger les malades dans une langueur dont rien ne peut les tirer. Ils ont alors une constipation opiniâtre et de l'ictère; ils maigrissent, tombent dans une grande mélan-

ie, et peuvent finir par succomber au bout d'un temps plus ou moins long.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie, si on la considère d'une manière générale, est conue. Elle offre néanmoins des exacerbations notables, et quelquefois la diminu-ı des symptômes entre ces exacerbations est assez notable et assez prolongée ır faire croire à une convalescence, bientôt démentie par l'apparition d'une ıcerbation nouvelle.

On ne peut rien dire de très précis sur la *durée* de cette maladie. Nous savons ılement qu'à l'état aigu, et lorsqu'elle n'a qu'une médiocre intensité, un traite-nt approprié en triomphe en huit ou quinze jours, et que néanmoins, dans les ıx où la maladie est endémique, on la voit souvent résister beaucoup plus long-nps. Nous avons vu aussi que parfois elle passe à l'état chronique, et alors sa rée est indéfinie.

Abandonnée à elle-même, cette affection ne tend pas naturellement à la guéon. Sous l'influence du traitement, elle se termine presque toujours d'une maère favorable. Cependant on a à craindre les diverses *paralysies* qui lui succènt, le passage à l'état chronique, et quelquefois la mort. Cette dernière terminaison t bien rare, puisque M. Ségond, qui a traité un grand nombre de malades, n'a ı à faire que deux autopsies, et encore chez des sujets qui présentaient des comlications.

La *terminaison par la guérison* s'annonce par le retour des selles et des urines, ıne diminution très grande des douleurs, quoique le ventre reste endolori pendant ıuelques jours, enfin la disparition rapide de tous les autres symptômes.

§ V. — Lésions anatomiques.

Je crois inutile de mentionner ici le résultat de l'ouverture des corps, attendu ue les lésions qu'on a trouvées sont dues, soit à des complications, soit à des acidents survenus dans les derniers temps de l'existence, et n'ont aucun rapport irect avec les symptômes caractéristiques de l'affection.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Diagnostic. Je n'ai que quelques mots à dire sur le diagnostic. Il n'est, en effet, ıu'une seule maladie avec laquelle on puisse confondre cette affection : c'est la *olique de plomb*. Or quelque attention qu'on apporte à l'étude de ces deux spèces de colique, on ne peut parvenir à trouver entre elles une différence réellenent importante, tandis que sous une multitude de rapports la ressemblance est parfaite. C'est ce qui m'a fait dire (1) ce qui suit, dans le travail cité plus haut : « La ressemblance entre ces deux affections est si frappante, qu'on se demande si la colique produite par le plomb ne peut pas aussi se produire spontanément. Si cette manière de voir était regardée comme juste, à combien de discussions ne mettrait-elle pas fin ! Ce qui porterait à penser qu'il existe une névrose, une névralgie particulière si l'on veut, qui tantôt se produit sous l'influence du plomb, et tantôt sous l'influence d'autres causes non suffisamment connues, c'est que M. Vasse (2) a vu cette maladie se manifester avec des caractères absolument identiques, chez

(1) *Loc. cit.*, p. 221.
(2) *Loc. cit.*

des sujets qui buvaient du cidre chargé de litharge, et chez d'autres qui buvaient du cidre pur.

» Ne voyons-nous pas l'hydrophobie non rabique qui se reproduit spontanément ou plutôt sous l'influence des causes morales, offrir tous les caractères de l'hydrophobie rabique? Et serait-ce trop forcer l'analogie que de dire : Les cas cités plus haut sont à la colique de plomb, ce que l'hydrophobie spontanée est à la rage communiquée. »

J'ai cru devoir reproduire ces réflexions, parce que cette manière d'envisager la question est nouvelle, et qu'elle pourra engager les médecins bien placés pour observer la colique nerveuse à l'étudier sous ce point de vue.

Ce qu'il y a de certain, c'est que le diagnostic, entre ces deux affections, ne peut s'appuyer que sur la connaissance de la cause. Y a-t-il eu intoxication saturnine, ou n'y a-t-il eu rien de semblable? voilà la seule question qu'il faut se poser.

Quant aux divers *empoisonnements*, il n'en est aucun qu'avec un peu d'attention on ne distingue facilement de la colique nerveuse.

§ VII. — Traitement.

Je n'ai pas non plus à entrer dans de grands détails sur le traitement. Il ressemble tellement à celui de la colique saturnine, qu'on pourrait presque renvoyer le lecteur à ce dernier.

Saignée. La saignée a été rarement pratiquée. On doit la réserver pour les complications. Huxham la croit funeste; Bonté recommande la *saignée du pied* dans les cas de convulsions épileptiformes. Quelques *sangsues* à l'épigastre, ou dans une autre partie de l'abdomen, siége principal des douleurs, ont parfois modéré les douleurs, mais presque toujours pour peu de temps. Lorsqu'il y a des symptômes cérébraux violents, on applique les sangsues soit derrière les oreilles, soit à l'anus, soit aux malléoles.

Vomitifs. Les vomitifs ont été fréquemment employés dans cette maladie. C'est surtout au début de la maladie qu'on y a recours. Le *tartre stibié*, l'*ipécacuanha à dose vomitive*, sont les substances le plus généralement employées.

M. le docteur Langevin (1) a employé avec succès le *tartre stibié à haute dose* contre cette maladie, à laquelle il donne le nom de *gastro-entéralgie rhumatismale des marins.* Il prescrit la potion suivante :

℞ Eau de mélisse...........	180 gram.	Tartre stibié............	0,40 gram.
Sirop de fleurs d'oranger...	30 gram.		

Une cuillerée de quart d'heure en quart d'heure, avec la précaution de ne rien prendre dans l'intervalle.

Purgatifs. C'est surtout aux purgatifs qu'on a recours. L'*huile de ricin*, les *sels purgatifs*, le *calomel*, l'*aloès*, le *jalap*, la *rhubarbe*, etc., ont été prescrits; mais il peut arriver que ces purgatifs ne soient pas assez puissants. C'est ce que j'ai vu dans un des deux cas que j'ai observés. Je fus obligé de donner jusqu'à *six gouttes d'huile de croton en pilules dans les vingt-quatre heures*, et la guérison ne fut obtenue qu'après l'emploi réitéré de ce moyen.

Narcotiques. Comme dans les coliques de plomb, on a recours aux narcotiques.

(1) *Bull. gén. de thér.*, 30 septembre 1848.

principalement à l'*opium*. Ce médicament doit être donné à dose assez élevée, l'on veut produire un effet marqué. Dans le cas que je viens de citer, j'ai, dès le cond jour, donné l'opium à la dose de 15 centigrammes. Huxham donnait le mphre uni au *laudanum* pour favoriser les sueurs.

Antispasmodiques. Parmi les antispasmodiques, nous remarquons principale-ent le *camphre* et le *castoréum* donnés par Huxham et Bonté. Les autres sub-inces du même genre seront facilement appliquées.

La *térébenthine* est particulièrement recommandée par Huxham.

M. Ségond a employé avec succès le *vésicatoire* sur la région précordiale, dans s cas où la circulation avait besoin d'être relevée.

Quant aux *boissons*, elles doivent être tempérantes et diurétiques : chiendent tré; eau d'orge miellée ; solution de sirops acidules, etc.

Les *bains* ont été utiles dans les cas de spasmes violents.

Le *traitement de la paralysie* consécutive mérite toute l'attention du médecin. est le même que celui de la paralysie causée par l'intoxication saturnine, au trai-ment de laquelle je crois devoir renvoyer le lecteur.

Quant aux *moyens prophylactiques*, ils sont très simples : éviter toutes les causes affaiblissement, se soustraire aux variations de température par de bons vête-ients, ne pas faire abus des boissons acides et autres, tels sont les conseils qu'on oit donner à ceux qui habitent les pays où sévit cette maladie.

Je ne peux m'empêcher de faire remarquer, en terminant, combien le *traite-nent de la Charité*, si efficace contre la colique de plomb, serait applicable à la co-ique nerveuse. Il réunit, en effet, les moyens qui répondent le mieux à toutes les ndications posées par les auteurs qui ont le mieux étudié cette dernière maladie.

ARTICLE XV.

FLATUOSITÉS INTESTINALES.

On a désigné sous le nom de *choléra sec*, *coliques venteuses*, *passio*, *affectio latulenta*, un phénomène qui se produit dans des circonstances très variées, et qui consiste dans un développement très considérable de gaz dans la cavité intes-inale. Il n'entre pas dans mon plan de parler de tous les cas où ce développement st surabondant ; ils appartiennent à des maladies diverses dans lesquelles ils trouvent aturellement leur place. Je dirai seulement ici que parfois on ne trouve pas de ause évidente de cette espèce d'accident, qui a alors un caractère purement ner-veux ; mais que, le plus ordinairement, il dépend de la gastralgie, de l'entéralgie, les digestions laborieuses, de l'ingestion de substances indigestes, d'un état d'hys-térie, de chlorose : circonstances qui toutes doivent fixer particulièrement l'at-ention du médecin.

Tantôt les gaz sont rejetés au dehors, tantôt, au contraire, soit que l'intestin, trop fortement distendu, n'ait qu'une contraction trop faible, soit pour toute autre cause, ils restent renfermés dans l'intérieur de cet organe, et alors il en résulte le *météorisme* des maladies graves dont il ne doit pas être question ici, ou bien la *tympanite*, dont je parlerai plus loin.

Le *traitement* des flatuosités qui trouvent une libre issue au dehors est, en gé-néral, difficile, à moins que l'affection ne soit due à une cause facile à détruire,

opérations que l'on croyait impossibles autrefois ; mais, à ce sujet, je dois renvoyer aux traités de chirurgie (1). Quant aux *moyens palliatifs*, ils ne diffèrent pas sensiblement de ceux que j'ai indiqués à l'occasion du cancer de l'estomac. Je dois seulement prévenir le lecteur contre un accident qui est quelquefois arrivé. Des lavements laudanisés, à une dose ordinaire, ayant été administrés à des sujets qui avaient une ulcération cancéreuse du rectum, il en est résulté un véritable *empoisonnement*. On a attribué cette action insolite à la promptitude de l'absorption par la surface ulcérée.

ARTICLE XIII.

ENTÉRALGIE.

Rien n'est plus mal défini que l'entéralgie. En lisant les auteurs, on ne sait, en effet, quels sont les cas qu'il faut particulièrement lui rapporter. Il est un grand nombre d'affections qui occasionnent des douleurs intestinales, et très souvent on n'a vu en elles que la douleur, ce qui a engagé à en faire des névroses. Aussi, sous le nom de *coliques nerveuses*, remplacé généralement aujourd'hui par celui d'*entéralgie*, a-t-on rangé des douleurs des parois intestinales, des douleurs résultant de la distension intestinale qui a lieu dans la tympanite, etc. Il est donc impossible de donner une grande précision à l'histoire de la maladie ; et comme ses symptômes ne diffèrent sensiblement de ceux de la gastralgie que par le siége, on comprendra que je ne m'étende pas longuement sur un sujet aussi peu connu.

Les *causes* sont généralement les mêmes que celles de la gastralgie, à laquelle l'affection qui nous occupe est ordinairement unie.

Les *symptômes* sont les suivants : On observe d'abord une *douleur* très variable par son intensité, occupant principalement le pourtour de l'ombilic, quelquefois assez violente pour arracher des cris aux malades et pour leur faire prendre des positions bizarres ; assez souvent calmée et non modifiée dans sa nature par la pression ; quelquefois, au contraire, augmentée. Ce symptôme n'est pas ordinairement exaspéré par l'ingestion des aliments, comme la douleur de la gastralgie. C'est dans le cours de la digestion, et lorsque les matières commencent à pénétrer dans l'intestin, que l'exacerbation a lieu et devient parfois excessive. Tantôt les douleurs sont concentrées dans le point qui vient d'être indiqué, et tantôt elles s'irradient dans les diverses parties de l'abdomen.

Les sujets affectés d'entéralgie ont ordinairement des *flatuosités* incommodes, et souvent les gaz, n'étant pas chassés au dehors, s'accumulent dans l'intestin ; il y a alors *tympanite intestinale*. Des *borborygmes*, la *tension du ventre*, la *sonorité* extrême de cette partie à la percussion, en sont la conséquence. La *constipation* est ordinairement opiniâtre, mais il survient souvent, surtout immédiatement après les repas, une *diarrhée passagère*.

C'est, ainsi que nous venons de le voir, par des *crises* que se manifeste surtout l'entéralgie. Pendant ces crises ou *accès*, on observe une *anxiété* fort grande, le *froid des extrémités*, une *sueur froide*, une *décomposition* des traits, parfois

(1) Voy. *Traité de path. externe*, par Vidal (de Cassis); Paris, 1846, 5 vol. in-8.

urvient un épaississement des parois intestinales, suite ordinaire de la dilatation es organes creux.

Le *diagnostic* de la tympanite intestinale ne présente pas ordinairement de randes difficultés. La matité qui existe dans l'*ascite*, au niveau du liquide, ne ermet point l'erreur. Je reviendrai, au reste, sur ce diagnostic, en parlant de *hydropisie*.

Les deux affections qui pourraient être le plus facilement confondues avec celle ui nous occupe sont la *tympanite péritonéale* et la *tympanite utérine*. La preière, excessivement rare, se distingue par l'égalité parfaite du son dans toutes les rties de l'abdomen, et par l'absence de matité au niveau de certains organes omme le foie, la rate, la vessie quand elle est distendue. La seconde, qui, quoi-i'un peu moins rare, est bien loin de s'observer fréquemment, a ceci de remarable, que le son tympanique n'occupe pas toute l'étendue de l'abdomen, qu'il dépasse guère en haut l'ombilic, et qu'il est limité par une ligne circulaire qui, rtant de ce point et n'arrivant pas jusqu'aux dernières limites des régions iliaes, dessine la matrice distendue. Mais c'est assez nous arrêter sur des cas aussi ceptionnels.

Le *traitement* de la tympanite due au développement des gaz qui suit l'ingestion s substances indiquées plus haut consiste dans les *vomi-purgatifs*, qui font romptement justice de la maladie. Quant à l'autre, il est plus difficile d'en triomher. Des *fomentations aromatiques* (avec une infusion de sauge, de romarin, etc.), les *frictions* avec l'*alcool*, le *vin chaud*; un *bain aromatique*, comme le recomnandait P. Frank, ou bien l'application de la *chaleur* à l'aide de flanelles fortenent chauffées, du sable presque brûlant, etc., réussissent parfois à faire disparaître s gaz intestinaux. Depuis très longtemps on a fait usage de la *glace* administrée ar la bouche, ou bien de *lavements froids*, afin de donner à l'intestin l'énergie écessaire pour se débarrasser des gaz. Les *boissons acidules* ont également triomhé de cette affection. Il en est de même des *affusions froides* sur l'abdomen, qui éterminent des contractions énergiques.

Enfin on a employé des moyens mécaniques qui consistent dans la *compression le l'abdomen* et dans l'introduction d'une longue *sonde de gomme élastique* à quelle on adapte une seringue que l'on fait jouer de manière à extraire l'air de intestin. Ces moyens, auxquels on a attribué beaucoup trop d'importance, sont ien loin de réussir toujours. Si les premières tentatives restaient sans résultat, on e devrait pas insister, ou l'on ne devrait le faire qu'avec beaucoup de ménageents; car il pourrait survenir des accidents dont on comprendra facilement la ravité.

Un moyen extrême et sur lequel on est loin d'être d'accord, est la *ponction de intestin*. Dusseau (1) a pratiqué cette opération avec succès, et Levrat a vu guérir promptement une malade après la ponction intestinale; mais, dans un nombre eaucoup plus considérable de cas, cette opération n'a paru que hâter la mort. ussi beaucoup d'auteurs la repoussent-ils. Dans tous les cas, si l'on devait avoir reours à la paracentèse abdominale, il ne faudrait le faire qu'au moment où la mort eviendrait imminente.

(1) *Ann. de la Soc. de méd. de Montpellier*, an. XIII-XIV.

ARTICLE XVII.

CONSTIPATION.

Dans les articles qui traitent de cette maladie, on a généralement donné une trè grande extension au mot constipation. On lui a rapporté, en effet, tous les états divers dans lesquels la sécrétion des matières fécales est rare ou suspendue. Nous devons pas ici imiter cet exemple, car ce serait nous jeter dans la pathologie gé rale. La suspension de la défécation dans les *rétrécissements du canal intestin* dans les *étranglements*, dans les *hernies*, etc., n'est, malgré sa gravité, qu accident de la maladie principale, et n'offre aucun intérêt étant étudiée à part ne décrirai donc ici que la *constipation* qui a reçu le nom de *primitive* ou *idiop thique*, et, de cette manière, j'éviterai de nombreuses répétitions.

§ Ier. — Définition; synonymie; fréquence.

La constipation consiste dans la rarèté et la difficulté de la défécation. Tout il ne faut pas perdre de vue que cette rareté et cette difficulté sont relatives, et q tout dépend, pour le jugement du médecin, de la connaissance des habitudes sujet. Un individu, par exemple, qui, ayant l'habitude d'aller plusieurs fois en vi quatre heures à la garde-robe, n'irait plus que toutes les vingt-quatre ou q rante-huit heures, même avec une difficulté peu considérable, devrait être r gardé comme constipé. Cette maladie a été encore décrite sous les noms d' *clausa*, de *retentio excrementorum*. Elle est *très fréquente*.

§ II. — Causes.

On a cherché dans la physiologie les *causes premières* de la constipation : a on a décrit diverses espèces dans lesquelles il y avait soit une *modification d sécrétion biliaire ou pancréatique*, soit *suspension de l'exhalation muqueuse*, *absorption trop rapide des matières*, etc. (1). Mais ces considérations, très in ressantes sans doute, n'ont pas une importance réelle pour la pratique.

Les *causes prédisposantes* assignées à la constipation sont : le *tempé ment nerveux*, l'*âge avancé*, la *vie sédentaire*, la *grossesse ;* mais, dans ce der cas, il y a compression du gros intestin. Enfin, chez certains sujets, il est très di cile de trouver rien qui explique la constipation permanente qu'ils présentent. Le *causes occasionnelles* le plus généralement admises sont : l'usage des *viandes* no des *aliments échauffants*, des *liqueurs alcooliques*, des *narcotiques*, des *ast gents* ou bien un *régime trop sévère*. Il est une autre cause sur laquelle on n'a p suffisamment insisté : c'est l'habitude de n'aller à la garde-robe que longtem après que le premier besoin s'est fait sentir ; peu à peu l'intestin s'habitue à rési à ce besoin, et enfin une constipation opiniâtre en est la conséquence.

§ III. — Symptômes.

C'est ordinairement peu à peu et à l'insu des malades que la constipat *débute*. Il est rare qu'elle se manifeste à un âge peu avancé, et il est rare au qu'une fois produite elle, ne persiste pas pendant un temps fort long et mêm

(1) COPLAND *Dict. of pract. med.*, t. I, 2e partie.

endant toute la vie. Dans les cas les plus ordinaires, la constipation ne donne pas eu à des symptômes bien graves. En général, les sujets qui ne vont à la garde-robe u'une fois tous les trois ou quatre jours, et qui ne rendent qu'une médiocre uantité de matières fécales très dures, sont *maigres* et d'un *appétit médiocre ;* ont des *digestions peu faciles*, et un *caractère* irritable. Ils sont parfois sujets à e *céphalalgie* plus ou moins opiniâtre ; ils sentent des *bouffées de chaleur* au sage. Ils éprouvent des *étourdissements* et ont de la tendance au *sommeil* après repas ; le *travail intellectuel* est *difficile* chez eux, et enfin les *borborygmes*, rfois un *besoin non satisfait* d'aller à la garde-robe, la *tension de l'abdomen* et *pesanteur vers le périnée*, complètent le tableau de ces symptômes, auxquels on souvent donné beaucoup plus d'importance qu'ils n'en méritent. Mais lorsque la nstipation dure plus longtemps, il en résulte un accident qui n'est pas sans danger : est l'*accumulation des matières fécales* ou *engouement intestinal*, qui demande e description particulière.

Accumulation des matières fécales dans l'intestin. Cette accumulation a lieu ns différentes parties du trajet de l'intestin. Quelquefois on la rencontre *dans le cum*, mais bien plus fréquemment *dans le rectum* et *dans l'S iliaque*. La quantité des *matières accumulées* est très considérable, et forme à la surface de l'abdoen une *tumeur* allongée, irrégulière, bosselée, donnant un son très mat à la rcussion. Quelquefois il n'y a qu'une médiocre quantité de matières roulées en oules, qu'on sent très distinctement se mouvoir sous les doigts, et auxquelles on donné le nom de *scybales*. La distension de l'intestin qui en résulte ne se fait pas l'une manière égale, et de là, outre les *bosselures* que j'ai indiquées plus haut, des spèces de *diverticulum*, des *déviations* de l'intestin qui est entraîné par la pesaneur des matières ; circonstances étudiées récemment par M. Toulmouche (1), et t desquelles résulte une augmentation considérable de l'opiniâtreté de la constiation.

Les accidents que produit cette accumulation des matières fécales sont ceux que ous avons déjà plusieurs fois indiqués dans la description des maladies où le urs de ces matières est interrompu. Les *nausées*, le *hoquet*, les *éructations*, le *omissement*, le *ballonnement* du ventre, la *faiblesse*, quelquefois l'*insensibilité du ouls*, une *agitation* extrême, parfois du *délire*, le *refroidissement des extrémités*, *sécheresse de la peau*, l'altération profonde de la *face*, annoncent la grande graité de l'affection. On a remarqué que dans la plupart des cas l'*haleine* contractait ne *fétidité* notable.

Tels sont les symptômes que l'on doit rapporter à la constipation idiopathique et l'accumulation des matières fécales qui en est la suite. Cette symptomatologie a té, il est vrai, beaucoup agrandie par les auteurs ; mais il est facile de s'assurer u'on y a fait entrer des phénomènes propres à d'autres affections dont la constiation n'était qu'un symptôme.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison de la maladie.

La constipation est une affection essentiellement *chronique*. Cependant il n'est as d'individu qui n'éprouve plus ou moins fréquemment une constipation passagère, mais qu'on ne saurait considérer comme une véritable maladie.

(1) *Gaz. méd.*, 23 mars et 1er juin 1844.

La *durée* de l'affection est *illimitée ;* quant à sa *terminaison*, on ne peut la redouter que dans les cas où il survient une accumulation très considérable de matières fécales.

§ V. — Lésions anatomiques.

Il n'est aucune lésion anatomique qu'on puisse regarder comme cause de la constipation dont il s'agit; mais il en est quelques unes qui en sont la conséquence : ce sont la dilatation de l'intestin, l'épaississement des parois, les diverticulum, les déviations de cet organe indiquées plus haut ; quelquefois même la distension a été telle, qu'on a observé sa *rupture*.

§ VI. — Diagnostic.

Le diagnostic de la constipation ordinaire ne présente pas de difficultés sérieuses. La persistance de la santé ne permet pas de croire à une affection organique profonde. La forme des matières rendues n'est pas celle que l'on observe dans le *rétrécissement intestinal*, et, d'un autre côté, l'absence de violents symptômes du côté de l'estomac empêche d'admettre l'existence d'un *étranglement interne*, même lorsque la constipation se prolonge outre mesure. Mais lorsqu'il existe un *amas de matières fécales*, le diagnostic demande un peu plus d'attention. Cet amas de matière a lieu, comme je l'ai dit, soit dans le cœcum, soit dans l'S iliaque, soit dans le rectum. *Dans le premier cas*, une tumeur dure, bosselée, peu ou point douloureuse, donnant lieu, par la percussion, à une matité qui se continue plus ou moins dans le trajet du gros intestin, et survenue en peu de temps, sont des caractères qui font distinguer l'engouement intestinal, du *cancer* avec lequel on pourrait le plus facilement le confondre. Il faut ajouter, pour rendre ce diagnostic complet, le défaut de dépérissement, qui, au contraire, est plus ou moins remarquable dans le cancer.

L'absence de douleurs vives soit spontanément, soit à la pression, la moindre intensité des symptômes, les bosselures, la forme irrégulière, la largeur de la tumeur, suffisent pour qu'on évite de confondre l'accumulation des matières fécales *dans l'S iliaque* avec l'*invagination intestinale*, dont le siége principal est dans la fosse iliaque gauche.

Reste maintenant l'amas des matières fécales *dans le rectum*. Ici le toucher rectal est un moyen de diagnostic infaillible. Si, dans quelques cas, on a pu croire à l'existence du cancer lorsqu'il n'y avait que des matières fécales accumulées, c'est qu'on n'avait pas suffisamment présente à l'esprit la possibilité de cet accident. Immédiatement au-dessus du sphincter, on sent une tumeur dure, friable, sèche, bien différente de la tumeur sanieuse, humide, qui constitue presque tous les cancers ; et si l'on gratte avec l'ongle, on amène de petites parcelles de matières fécales qui ne laissent plus aucun doute. Je n'insiste pas davantage sur ces divers diagnostics, qui me paraissent suffisamment établis.

§ VII. — Traitement.

Lorsque la constipation est légère et compatible avec un état supportable de santé, les sujets se contentent de prendre de temps en temps quelques *laxatifs* et des *lavements*, ce qui suffit pour les débarrasser momentanément des légers symptômes qu'ils éprouvent. Quand la constipation est plus opiniâtre, on

oit d'abord rechercher s'il existe dans les habitudes et dans le régime quelqu'une es causes signalées plus haut; car, dès qu'on l'aura trouvée, les moyens pour la ombattre se présenteront d'eux-mêmes. Ainsi l'*exercice*, et surtout l'*exercice à ied*, l'usage des *fruits de la saison*, des *végétaux verts*, des *boissons rafraîchismtes* et *acidules*, seront mis en usage avec succès. La *fumée du tabac* est, chez eaucoup de sujets, un excellent laxatif qui s'oppose efficacement à la constipation. l en est de même pour d'autres de l'*eau pure*, du *lait*, de la *bière*.

Si les moyens précédents ne réussissent pas, on doit avoir recours aux purgatifs lus ou moins énergiques, suivant les cas. De là toutes ces inventions de *pilules urgatives*, de *grains de santé*, etc., qu'il est si facile de remplacer par les préparations qu'on trouve dans les divers formulaires. On donnera, par exemple, tous s jours la pilule suivante :

℞ Jalap	0,15 gram.	Scammonée	0,03 gram.
Aloès	0,10 gram.		

Pour une pilule.

Au reste, sous ce rapport, la susceptibilité intestinale de chaque individu doit tre étudiée, car les purgatifs ont une action très diverse suivant les personnes.

Le *fiel de bœuf* est conseillé par M. le docteur Allnatt (*The Lancet*), qui le donne à la dose de 60 grammes en lavement, et à la dose de 50 centigrammes en pilules.

Quelques individus ne peuvent vaincre leur constipation qu'en prenant des *lavements d'eau froide*. Parfois il a suffi de l'application, sur l'abdomen, de *compresses froides* ou de fragments de *glace*. D'autres fois, on a fait, avec succès, des *fumigations simplement aqueuses*, ou bien *chargées de vinaigre*, et dirigées vers l'anus. Enfin, des *lavements purgatifs*, s'il n'y a point accumulation de matières dans un point de l'intestin, sont mis en usage avec avantage, mais seulement comme *palliatifs*.

M. Fleury (1), remarquant que les moyens précédemment indiqués, et même les purgatifs très énergiques, comme l'*huile de croton tiglium*, n'ont qu'un succès momentané, a tenté la guérison de la constipation par l'emploi des *mèches* introduites dans le rectum, et enduites soit seulement de cérat simple, soit de cérat auquel on a incorporé un cinquième ou un sixième d'*extrait de belladone*. Il a cité, à ce sujet, trois observations de constipation très opiniâtre, dans lesquelles l'emploi de ce moyen a eu un plein succès; et ce qu'il y a de plus remarquable, c'est qu'au bout d'un temps qui n'a pas dépassé vingt jours, les mèches ont pu être supprimées sans que la constipation reparût.

J'ai observé moi-même un fait semblable, et j'ai vu qu'en pareil cas, il y a ordinairement un certain degré de constriction du sphincter.

On ne saurait donc trop recommander cette médication dans la constipation très opiniâtre.

M. Schedel (2) rapporte un cas dans lequel l'*hydrothérapie* a triomphé d'une constipation qui avait résisté aux moyens les plus variés. On a cité d'autres faits semblables.

Reste maintenant le *traitement de l'accumulation des matières fécales*. Lorsque

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1838.
(2) *Examen clinique de l'hydrothérapie*, p. 340.

cette accumulation a lieu vers le cœcum, on doit agir à la fois par l'estomac et par l'intestin. Du côté de l'estomac, on administre les *purgatifs drastiques* et surtout l'*huile de croton tiglium*, que l'on donne en pilules à la dose de une, deux et trois gouttes. En même temps on introduit dans le rectum et le colon des *lavements savonneux*, ou bien chargés de 6 à 10 grammes de *sel marin;* une forte décoction de séné, en un mot, des *lavements purgatifs énergiques.*

Dans le cas où l'accumulation se fait dans l'*S* iliaque et le rectum, ces lavements deviennent inutiles. Dans le rectum, en effet, la canule pénétrant dans les matières fécales, le lavement ne peut pas être administré, et si c'est une partie un peu plus élevée qui est le siége du mal, le liquide est rejeté à mesure qu'il est injecté.

M. le docteur Teissier, de Lyon (1), a employé avec succès la *noix vomique* à la dose de 1 centigramme par jour dans la constipation par inertie. Il conseille aussi les *lavements astringents* (avec le tan, le ratanhia, la bistorte, l'alun, le cachou, etc. dans les mêmes circonstances. C'est surtout chez les vieillards que s'observe cette espèce de constipation.

M. le docteur Allegrand (2) affirme qu'il a triomphé très souvent de constipations opiniâtres à l'aide du *nitrate d'argent* donné en petits lavements comme il suit :

℞ Eau distillée............ 32 gram. | Nitrate d'argent de 0,05 à 0,10 gram.

Dissolvez.

Avant de donner ce lavement, il faut en administrer un d'eau simple pour laver l'intestin.

Dans ces derniers temps, M. Piorry a prétendu que la *pression exercée sur le trajet de l'intestin* était le meilleur moyen de faire cesser l'engouement stercoral. Mais si, dans quelques cas exceptionnels, ce moyen grossier a pu réussir, qui ne voit qu'il n'est pas applicable à la plupart des cas ? En premier lieu, on ne détruit pas par là la cause de la constipation, et en second lieu, il est des déviations de l'intestin, signalées en particulier par M. Toulmouche, qui rendent assez souvent cette pratique non seulement inutile, mais dangereuse.

L'*accumulation des matières dans le rectum* exige une opération particulière. Il faut enlever mécaniquement les matières fécales.

Pour cela, on a proposé de se servir d'une *curette* ou du manche d'une cuiller. Mais tout le monde s'accorde à dire que le *doigt* est beaucoup plus convenable. On introduit l'index enduit de cérat ou d'huile dans le rectum. On trouve bientôt la masse stercorale, et l'on cherche, en grattant, à en enlever des fragments. Quelques auteurs conseillent de faire, quand on a réussi à en extraire une partie, des injections pour faire sortir le reste ; mais il ne faut agir ainsi que quand le doigt ne peut plus atteindre le bol fécal. Ordinairement, en continuant l'extraction, on parvient à réduire la masse au point que les contractions de l'intestin se réveillent. Alors la défécation a lieu naturellement, les matières dures s'échappent les premières, puis viennent des matières plus molles, en quantité souvent très considérable. Il faut ensuite administrer des lavements laxatifs, pour empêcher la reproduction de l'accumulation.

(1) *Journ. de méd. de Lyon*, septembre 1845.
(2) *Abeille médicale*, octobre 1847.

ARTICLE XVIII.

HÉMORRHOÏDES.

Dès la plus haute antiquité on a étudié cette affection qu'on trouve mentionnée ns plusieurs écrits d'Hippocrate (1). Les médecins des siècles suivants en ont t le sujet de nombreuses dissertations, et, jusqu'à la fin du siècle dernier, on a aucoup écrit sur cette matière. Dans ces dernières années, nous ne trouvons is une aussi grande quantité de travaux; cependant il faut citer la thèse de . Récamier (2), l'ouvrage de Montègre (3), dont j'aurai maintes fois occa- on de parler dans cet article, et plusieurs articles de dictionnaires, tels que lui de M. J. Burne (4), celui de MM. Ph. Bérard et Raige-Delorme (5), et celui : MM. Monneret et Fleury (6). Il existe, il est vrai, quelques recherches origi- lles entreprises il y a peu d'années, et principalement par MM. Jobert (7) et landin; mais ces recherches, extrêmement intéressantes d'ailleurs, portent prin- palement sur l'anatomie pathologique et les opérations auxquelles les hémor- oïdes donnent lieu ; j'y reviendrai plus loin.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

On a beaucoup disserté sur la définition des hémorrhoïdes, mais aujourd'hui on assez bien précisé les limites de cette affection, pour que ces discussions soient levenues très peu utiles, surtout pour le praticien. On ne saurait plus regarder comme une affection hémorrhoïdale tout écoulement de sang provenant du rectum; les dissections attentives auxquelles on s'est récemment livré, et surtout celles de M. Jobert, ont montré que le caractère essentiel des tumeurs hémorrhoïdales était d'être formées par des dilatations variqueuses des veines rectales. Aussi lirons-nous, avec la plupart des auteurs modernes, que les hémorrhoïdes consistent dans des tumeurs sanguines de nature variqueuse, avec ou sans écoulement le sang. Quelques objections se sont élevées contre cette définition ; je les examinerai plus tard.

On a décrit aussi cette affection sous les noms d'*hæmorrhagia intestinorum*, *hæmorrhoisis*, *fluxus hæmorrhoidalis;* les Italiens lui ont donné le nom de *morice*, les Espagnols celui d'*almorrana*, etc. Quelques auteurs, voulant distinguer les divers états dans lesquels, suivant eux, les hémorrhoïdes peuvent se présenter à l'observation, ont proposé de donner le nom de *flux hémorrhoïdal* à l'hémorrhagie simple de l'extrémité du rectum, d'assigner celui de *tumeurs hémorrhoïdales* aux tumeurs non fluentes, et de réserver le nom d'*hémorrhoïdes* pour la réunion des tumeurs et du flux sanguin. Mais, comme je le ferai remarquer après la description des symptômes, cette distinction n'a pas d'importance réelle.

Cette affection est *fréquente ;* nous allons voir dans quelles circonstances elle se produit le plus communément.

(1) *Œuvres complètes*, trad. par Littré; Paris 1844, t. IV, *Aphorismes*, sect. 3 et 6.
(2) *Essai sur les hémorrhoïdes ;* Paris, an VIII.
(3) *Des hémorrhoïdes ;* Paris, 1817.
(4) *Cyclop. of pract. med.*, t. IV, p. 590, art. HEMORRHOIDS.
(5) *Dict. de méd.*, t. XV.
(6) *Compend. de méd. prat.*, t. IV.
(7) *Dissert. sur les hémorrh.;* Thèse, Paris, 1828.

§ II. — Causes.

J'ai dit plus haut qu'on avait fait des recherches exactes sur l'anatomie pathologique des hémorrhoïdes. Il n'en est pas de même, il s'en faut de beaucoup, relativement aux autres parties de l'histoire de cette affection, et cette réflexion s'applique particulièrement à l'étiologie. Aussi, malgré tous les travaux publiés sur ce sujet, est-on à chaque pas arrêté par le doute. C'est ce qui a déjà été signalé par M. Raige-Delorme, et ses remarques sur ce point sont trop justes pour que je puisse me dispenser de les reproduire ici : « Les opinions que l'on s'est formées sur l'étiologie des hémorrhoïdes sont, dit-il, le plus souvent le résultat de déductions théoriques, ou du moins d'une généralisation dont nous ne connaissons pas les éléments et par conséquent la justesse. Or on sait par expérience combien de ces opinions, formées d'après des idées préconçues, accréditées dans la science par le nom d'auteurs célèbres, ont peu résisté à un examen sévère. L'affection hémorrhoïdale est si commune, qu'il ne serait pas étonnant qu'on y trouvât toutes les causes qu'on présume devoir la provoquer ; mais en démontrer l'influence, c'est ce qui reste encore à faire. » En nous associant à ces réflexions, ajoutons que ce serait un beau travail à entreprendre que celui qui aurait pour but d'éclairer ce point intéressant d'étiologie.

1° Causes prédisposantes.

C'est surtout quand il s'agit des causes prédisposantes des hémorrhoïdes qu'on est frappé du peu de précision des recherches des auteurs. Nous allons voir, en effet, que non-seulement les opinions sont loin d'être toujours appuyées sur l'observation, mais encore qu'elles sont parfois entièrement opposées les unes aux autres.

Age. Tous les auteurs s'accordent à dire que cette affection appartient particulièrement à l'*âge mûr*. Mais tandis que les uns nient qu'elle puisse se montrer chez les enfants, les autres ont rassemblé des faits pour prouver qu'elle n'était point très rare chez ces derniers. Ainsi Trnka (1) a cité trente-neuf enfants affectés d'hémorrhoïdes, et parmi ces trente-neuf enfants, il en était cinq qui avaient moins d'un an. Montègre nous dit qu'il a vu des cas semblables, mais il ne les rapporte pas. Cet auteur ne peut pas admettre avec Dehaen (2) qu'on ait confondu la *chute du rectum*, fréquente chez les enfants, avec de véritables hémorrhoïdes, parce que le flux de sang est un signe caractéristique qui ne permet pas l'erreur. Mais, en supposant qu'il n'y ait eu aucune erreur, les exemples précédents ne doivent pas nous empêcher de regarder cette affection comme relativement très rare chez les enfants, car nul doute qu'on n'ait recueilli avec empressement presque tous les faits de ce genre, tandis qu'on a laissé passer par milliers les cas d'hémorrhoïdes des adultes. La proportion est par conséquent des plus minimes.

Sexe. Voici encore une question qui n'est point complétement résolue, parce que les recherches n'ont pas été faites d'une manière convenable. La plupart des auteurs admettent avec Hippocrate que les hémorrhoïdes sont notablement plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes; mais il en est, et parmi ceux-ci

(1) *Hist. hæmorrhoidum*, etc.; Vienne, 1794.
(2) *Thes. pathol., de hæmorrh.*; Vienne, 1759.

faut citer particulièrement Cullen et J. Frank (1), qui affirment positivement le ntraire. Montègre prend un moyen terme : selon lui, en effet, les hémorrhoïdes cidentelles et passagères *peuvent* être plus communes chez les femmes que chez hommes ; mais on voit plus souvent, chez ces derniers, cette affection s'établir ıne manière constante et régulière. Il suffit de ces citations pour montrer quelle encore notre incertitude sur un point que l'examen attentif des faits aurait pu si ilement éclairer. Bornons-nous à dire que l'opinion la plus probable est en faveur la plus grande fréquence des hémorrhoïdes chez les hommes.

Constitution ; tempérament. Suivant Montègre, « on pourrait tracer ainsi le rtrait de l'hémorrhoïdaire : Il est grand, plutôt maigre que gras ; il a le teint ombé et jaunâtre, de grosses veines serpentent sur ses bras, ses mains, ses jambes ses pieds ; il a les cheveux noirs, un feu sombre anime ses regards ; il est brusque, nporté ; ses passions sont violentes, ses résolutions tenaces ; il est gros mangeur, ais indifférent sur le choix des aliments, souvent tourmenté de flatuosités, et ujours constipé. » Je n'ai cité ce passage que pour montrer combien sont affirmatifs les auteurs, malgré l'absence des preuves. Qui n'a vu des sujets affectés hémorrhoïdes et ne ressemblant nullement à ce portrait ? D'un autre côté, l'existence de cette affection depuis un temps assez long ne suffit-elle pas pour modifier otablement la constitution ? Pourquoi donc n'avoir pas recherché si cette constitution était primitive ou consécutive ? Évidemment on ne saurait arriver à aucun ésultat précis en procédant d'une manière aussi vicieuse. Les mêmes réflexions appliquent à l'influence du *tempérament bilieux*, principalement signalée par Stahl. Il peut y avoir du vrai dans ces opinions, mais il nous manque la démonstration, et il en est peut-être de cette constitution hémorrhoïdaire comme de la constitution apoplectique, dont les recherches récentes ont démontré le peu de certitude.

Nous n'avons pas, ainsi que le fait remarquer M. Raige-Delorme, de preuves plus ositives relativement à l'influence de la *pléthore*, et cependant cette cause prédisposante est généralement admise. Quant à l'*hypochondrie*, est-elle la cause ou le ésultat de l'affection hémorrhoïdale ? Cette dernière supposition paraît la plus probable.

Hygiène. Le genre de vie est placé au premier rang parmi les causes prédisposantes des hémorrhoïdes. Des *aliments* abondants, succulents, les viandes noires, les pices, les boissons alcooliques, favorisent principalement, suivant les auteurs, la roduction de cette maladie. Il en est de même de la *vie sédentaire*. Hoffmann ttribuait aux progrès du luxe l'augmentation de fréquence des hémorrhoïdes qu'il ait cru remarquer en Saxe dans l'espace de quarante ans. Ce sont encore là des uestions qui ne sont pas complétement résolues.

Saisons ; climats. C'est dans les *saisons chaudes* et dans les *climats chauds* que uelques auteurs trouvent la plus grande fréquence des hémorrhoïdes. Mais si l'on onsulte les observations, on voit que cette affection est commune à tous les climats à toutes les saisons, et que, s'il y a une différence réelle, nous ne la connaissons as suffisamment. C'est d'ailleurs une question qui se rattache à celle des habitudes ygiéniques et qu'on ne peut traiter séparément.

La *suppression des divers flux* est-elle une cause prédisposante ? Les auteurs n'élèvent aucun doute à cet égard, et l'on a cité un assez grand nombre de faits en

(1) *Prax. med.*, pars III, vol. II, sect. 1, p. 726.

faveur de cette opinion. C'est ainsi qu'on a vu les *règles supprimées* être remplacées par l'apparition d'hémorrhoïdes qui donnaient lieu à un flux de sang plus ou moins régulier ; c'était alors une *hémorrhagie supplémentaire*. D'autres fois, des sujets ont ressenti les premiers symptômes de l'affection dont il s'agit, après avoir vu disparaître pendant un temps assez long une *épistaxis* habituelle. On a même remarqué que les individus sujets à l'épistaxis pendant leur enfance et leur jeunesse étaient, plus fréquemment que les autres, atteints d'hémorrhoïdes. Enfin on a cité des faits, et F. Hoffmann en particulier (1) en rapporte un assez remarquable, où, après avoir négligé une *saignée habituelle*, les sujets ont senti les premières atteintes de l'affection hémorrhoïdale. Ces faits, dont je ne veux nier ni la valeur ni l'importance, n'ont cependant pas toute la précision désirable.

Hérédité. Pour ceux qui regardent comme démontrée l'influence de la constitution, l'hérédité des hémorrhoïdes ne saurait être un instant douteuse. Mais qu'on se rappelle ce qui a été dit plus haut, et l'on conviendra qu'il est fort difficile d'arriver par cette voie à une conclusion rigoureuse. Restent donc les faits ; mais les faits, quoi qu'en dise Montègre, sont bien insuffisants. Alberti (2) a vu un enfant, né d'un père hémorrhoïdaire, être atteint de cette affection dès le jeune âge ; M. Delarroque (3) a connu une famille tout entière, composée de *huit* à *dix* personnes, tant hommes que femmes, dont tous les membres se plaignaient plus ou moins des hémorrhoïdes. Quelques auteurs, et entre autres Alberti et Trnka, citent des exemples semblables. Voilà tout ce que nous possédons sur ce point. Je suis loin, il s'en faut, de nier l'existence de l'hérédité dans cette affection ; mais on conviendra qu'avec des éléments pareils, il est impossible de se faire la moindre idée de son influence.

Restent enfin les *passions tristes* et les *excès vénériens*. Mais relativement à la première de ces causes, on peut se demander si elle ne serait pas plutôt un résultat de la maladie ; et relativement à la seconde, on peut dire qu'il n'existe pas de faits authentiques qui déposent en sa faveur.

Il résulte de cette revue, que je n'avais nullement exagéré l'incertitude qui règne sur l'existence ou sur le degré d'influence de ces causes prédisposantes qu'on peut, avec quelques auteurs, désigner aussi sous le nom de *causes générales*. Pour parvenir enfin à les connaître, il faut procéder tout autrement qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, et avoir recours à l'analyse exacte des faits et à la statistique. C'est, je le répète, un beau travail qui s'offre aux observateurs consciencieux.

2° Causes occasionnelles.

Les causes occasionnelles, dans lesquelles nous trouverons principalement celles auxquelles on a donné le nom de *locales*, sont beaucoup mieux connues.

Il faut signaler d'abord la *constipation*, qui est une des causes déterminantes les plus actives. Suivant les auteurs, ce n'est pas seulement par la distension qu'exercent les *fèces* sur la partie inférieure du rectum que cette cause a de l'influence, mais encore par l'action des matières âcres et irritantes sur les parois de cet organe. Mais aucune expérience n'a prouvé la réalité de cette seconde manière

(1) *Cons. et resp. med.*
(2) *Dissert. de hæmorrh. hæred.*; 1727.
(3) *Traité des hémorrhoïdes* : Paris, 1812.

agir. Tout porte à croire, au contraire, qu'il y a simplement là un effet mécanique, et que la compression prolongée des veines du rectum détermine seule la dilatation de ces vaisseaux, en s'opposant au retour du sang. Il est vrai aussi qu'on a regardé comme favorisant cette dilatation la contusion plus ou moins grande de l'orifice du rectum au moment où le bol fécal endurci est expulsé avec une difficulté souvent très considérable. Mais si l'on ne peut douter que, une fois les hémorrhoïdes produites, cette contusion ne détermine des accidents notables, il n'est pas aussi certain qu'elle ait une influence marquée sur leur production. Quoi qu'il en soit, il n'est pas douteux que la première apparition des hémorrhoïdes ne soit presque toujours précédée d'une constipation plus ou moins opiniâtre.

La compression exercée par l'utérus dans l'état de *grossesse*, et par les *tumeurs* occupant des organes voisins du rectum, agit de la même manière, et ces causes, qui font sentir immédiatement leur influence sur l'organe malade, ont été désignées, ainsi que la constipation, sous le nom de *causes déterminantes directes*. Faut-il y joindre les diverses *éruptions* qui occupent l'anus ; les *frictions* trop souvent répétées sur cette partie ; les *lavages* trop multipliés ; l'introduction de *corps étrangers* dans le rectum ? Si ces derniers étaient volumineux, ils pourraient agir comme les causes précédentes ; mais les cas de ce genre sont très rares, et l'on peut dire que l'existence de ces dernières influences n'est pas suffisamment mise hors de doute. Il en est de même de cette autre cause signalée par tous les auteurs, c'est-à-dire le *séjour trop prolongé à la garde-robe*. Il est évident d'ailleurs que la constipation opiniâtre explique ce séjour prolongé, et cette cause suffit seule pour déterminer la maladie.

Quant à l'*inflammation* du rectum, aux *fissures* de l'anus, à sa *constriction spasmodique*, au *squirrhe*, au *cancer* de cet organe, on est très peu fixé sur leur influence, et l'on ne peut s'empêcher de penser que, dans un bon nombre de cas, il y a eu des erreurs de diagnostic. C'est, du reste, l'opinion des auteurs les plus estimés qui ont écrit sur ce sujet. On a dit et répété que la *dyssenterie* était suivie parfois de l'apparition des hémorrhoïdes ; mais a-t-on suffisamment fait la part des coïncidences ?

D'autres causes ont été signalées sous le nom de *causes déterminantes indirectes*, et l'on a dit que dans ce cas les hémorrhoïdes étaient *symptomatiques*. Je citerai d'abord l'*usage d'un siége percé ;* la compression circulaire autour du siége serait, dans ce cas, la cause déterminante des hémorrhoïdes. Mais on a oublié, dans l'appréciation de cette cause, que souvent c'est pour éviter la douleur causée par la pression sur des hémorrhoïdes déjà formées, qu'on a eu recours à ces siéges. D'ailleurs quelques auteurs sont d'une opinion tout opposée, puisqu'ils les recommandent précisément pour prévenir cette affection. Il n'en faut pas plus pour démontrer toute l'incertitude qui règne encore sur ce point. L'usage de *vêtements trop serrés* a-t-il une influence moins douteuse ? Hildebrandt a cité un fait qui paraît appuyer cette opinion ; mais un fait ainsi isolé est bien loin de suffire.

La *marche* longtemps prolongée, l'*équitation*, le *cahotement* des voitures, les *coups* violents, les *chutes* sur le siége, sont aussi rangés parmi ces causes, mais encore sans preuves. Relativement à l'équitation, Montègre a cité Baldinger, Larrey, et ses propres observations, pour montrer combien l'existence de cette cause est hypothétique. Toutefois cet auteur regarde comme très efficace, dans la pro-

duction de la maladie, de *monter à cheval sans selle;* mais les preuves qu'il fournit à l'appui n'ont pas une valeur réelle.

L'usage immodéré des *purgatifs*, et principalement de l'aloès, de la rhubarbe, du jalap, des sels neutres, etc., a pris également place parmi ces causes. On s'est moins fondé, pour soutenir cette opinion, sur l'observation directe que sur une induction tirée du traitement propre à reproduire les hémorrhoïdes supprimées, et qui consiste dans l'emploi des substances qui viennent d'être indiquées; mais on n'a pas songé qu'autre chose est d'agir sur le rectum déjà occupé par des varices rectales et antérieurement le siége de la fluxion hémorrhoïdaire, et autre chose de produire ces effets sur un rectum sain. D'un autre côté, n'est-ce pas pour combattre la constipation opiniâtre qu'on met en usage ces purgatifs? et cette constipation ne suffit-elle pas pour faire naître l'affection? L'emploi des *suppositoires*, des *lavements* irritants, des lavements d'eau froide, entre également dans cette catégorie.

On a attribué aux *emménagogues* une action puissante sur la production des hémorrhoïdes, et l'on a expliqué cette action par les connexions veineuses de l'utérus et du rectum. Cette explication paraît très satisfaisante, car on conçoit facilement que si un médicament agit en déterminant un afflux de sang vers l'utérus, cet afflux doit s'étendre au rectum. Mais ce n'est là en définitive qu'une explication, et les faits qu'on a cités, parmi lesquels il faut en distinguer un rapporté par Stork (1), sont loin de mettre la chose hors de doute.

Relativement à l'application réitérée des *sangsues à l'anus* et à l'usage des *diluves chauds*, nous n'avons encore que des présomptions. Il est vrai qu'on emploie ces moyens, le premier surtout, pour rappeler les hémorrhoïdes supprimées; mais à cet égard je pourrais reproduire les réflexions que j'ai faites à propos de l'action des purgatifs.

Je me contenterai de mentionner l'*impression locale du chaud et du froid*, l'*orgasme vénérien*, la présence des *vers intestinaux* dans le rectum, parce que nous n'avons pas de preuves suffisantes en faveur de leur influence.

J'en dirai autant des *passions tristes*, de la *colère*, de la *nostalgie*, et j'ajouterai que, dans un bon nombre de cas, il n'est pas douteux que ces passions aient été le résultat de la maladie commençante et des douleurs éprouvées par les malades, plutôt que leur cause. On a cité, il est vrai, des faits dans lesquels le flux sanguin s'est montré immédiatement après un accès de colère ou après une vive terreur; mais, dans ces cas, la maladie existait déjà. Ce ne sont donc pas là des causes de la maladie, mais bien des excitants d'un de ses symptômes, ce qui est très différent. J'y reviendrai plus loin.

Des maladies ayant leur siége loin du rectum peuvent, par leur action sur la circulation veineuse intestinale, agir comme la constipation elle-même. Les tumeurs des organes abdominaux, et en particulier *celles du foie*, produisent cet effet. Dans quelques maladies de cet organe, on a néanmoins vu apparaître les hémorrhoïdes, quoique la circulation ne fût pas sensiblement gênée; mais le fait s'explique très bien par la constipation, qui, en pareil cas, est un symptôme de l'affection hépatique.

Je me bornerai à mentionner les *métastases* produites par la répercussion des *dartres*, par la *suppression de la transpiration*, etc. Pour prouver leur existence.

(1) *Obs. clin.*, ann. 7.

du moins pour apprécier leur importance, il faudrait non de simples affirma-ns, mais un nombre suffisant d'observations exactes et bien analysées, et c'est que nous n'avons pas.

Restent enfin les *hémorrhoïdes critiques*. Le nombre des maladies qui, d'après auteurs, peuvent être jugées par les hémorrhoïdes, est très considérable; mais -on bien observé? Il suffit de dire que, malgré tous les soins qu'on apporte à bservation, on ne voit point aujourd'hui les inflammations du cerveau, du pou-n, des reins, etc., etc., jugées par les hémorrhoïdes. S'il existe des cas de ce re, ils sont exceptionnels. Tout le monde a cité à ce sujet une observation de restus (1); il suffit de la mentionner.

Je viens d'exposer l'état de nos connaissances sur l'étiologie des hémorrhoïdes. n'ai pas dû dissimuler toutes les incertitudes dont elle est remplie. C'est à l'ob-rvation à les faire cesser. En attendant, remarquons que, de toutes les causes, la s active et en même temps la plus fréquente est une constipation prolongée, elle qu'en soit l'origine.

§ III. — Symptômes.

Faut-il, pour tracer la description des hémorrhoïdes, suivre une des divisions ablies par les auteurs? Avant de répondre, jetons un coup d'œil sur une de ces visions, celle de Montègre. Suivant cet auteur, il y aurait à distinguer dans les émorrhoïdes deux ordres, huit espèces et un grand nombre de variétés. Les deux rdres sont : 1° les *hémorrhoïdes périodiques et régulières ;* 2° les *hémorrhoïdes normales et irrégulières*. Les huit espèces sont rangées ainsi qu'il suit : *H. sèches ;* 2° *H. fluentes ;* 3° *H. avec tumeurs ;* 4° *H. avec douleurs ;* 5° *H. avec étrécissement de l'anus ;* 6° *H. avec ulcérations ;* 7° *H. avec chute du rectum ;* *H. avec irritation de la vessie*. Il suffit de citer cette nomenclature pour mon-er combien elle est peu importante. Il ne s'agit, en effet, dans les deux ordres, ue d'une différence dans la marche de la maladie, différence qui ne change pas n caractère. Quant aux espèces, elles reposent sur des symptômes qui, dans le ême cas, peuvent paraître et disparaître à plusieurs reprises. Les variétés sont ndées sur des nuances plus fugitives encore.

Il serait sans doute plus utile de suivre en partie la division proposée par Pinel t plus tard par M. Récamier. Ces auteurs admettent quatre espèces d'hémor-hoïdes, qui sont : 1° les *hémorrhoïdes récentes pour cause générale ;* 2° les *hé-morrhoïdes récentes pour cause locale ;* 3° les *hémorrhoïdes anciennes périodi-ues ;* 4° les *hémorrhoïdes compliquées d'ulcérations de l'intestin ou de varices*. lais, malgré tous nos efforts, nous n'avons pas pu déterminer d'une manière ositive quels sont les cas où l'on doit reconnaître une cause générale. La division evient donc inutile sous ce point de vue. Aussi voit-on les auteurs qui l'ont doptée, et M. Récamier lui-même, l'abandonner dans la description des sym-tômes où il leur était impossible de la suivre, et ne la reprendre qu'à propos du raitement, parce qu'alors, n'étant plus gênés par la nécessité d'une démonstration, ls ont pu revenir à leur hypothèse.

Début. Le début des hémorrhoïdes est ordinairement lent, graduel et intermit-tent. Avant que les tumeurs qui en forment le principal caractère aient pu être

(1) *Observ. ad curat. med.*, lib. XXIX.

reconnues, avant qu'il y ait même écoulement de sang par l'anus, il se manifeste des phénomènes importants, et que la plupart des auteurs ont décrits sous le nom de *fluxion hémorrhoïdale*. Cette fluxion, qui est, dans le plus grand nombre des cas, commune au début de la maladie elle-même et au début des attaques qui surviennent dans son cours, n'est cependant pas admise par tous comme faisant partie intégrante de l'affection. MM. Monneret et Fleury ont surtout insisté pour qu'on cessât de regarder la fluxion hémorrhoïdale, ou, selon leur expression, la congestion du rectum, comme appartenant aux hémorrhoïdes. Leur raison est que cette congestion peut très bien exister sans être suivie des tumeurs hémorrhoïdales caractéristiques, et qu'elle n'est pas plus liée à cette dernière affection que la congestion cérébrale à l'apoplexie. Je ne crois pas que cette raison soit péremptoire. On voit, en effet, trop bien la liaison intime qui existe entre la fluxion hémorrhoïdale et les tumeurs qui lui succèdent ; on comprend trop bien comment celles-ci ne sont que la continuation de celle-là, pour les séparer ainsi. Dans l'apoplexie même, si avant l'hémorrhagie cérébrale il y a eu des symptômes de simple congestion, nous regardons ces symptômes comme intimement liés à l'hémorrhagie, et il en est de même dans une foule d'autres maladies, bien que les phénomènes du début puissent exister sans être toujours suivis de l'affection confirmée qu'ils précèdent, et qu'ils puissent constituer ainsi une affection indépendante.

On a beaucoup exagéré l'importance des phénomènes du début, et on l'a fait parce qu'on a voulu réunir dans un seul tableau tous les signes qui se sont présentés à l'observation, fussent-ils complétement exceptionnels.

Les symptômes qui annoncent ordinairement le début des hémorrhoïdes sont une gêne souvent très incommode vers la partie inférieure du rectum, une sensation de pesanteur et parfois même de corps étrangers dans cette partie. Dans quelques cas, il existe déjà une douleur assez vive. La gêne, la pesanteur, la douleur se font principalement sentir lorsque le sujet reste debout un peu longtemps. Elles s'étendent, s'irradient vers les parties voisines, et de là le sentiment de poids dans tout le bassin, des douleurs dans le sacrum, les lombes, le périnée et les parties génitales.

En même temps une sensation de la chaleur se manifeste vers la partie inférieure du rectum, et le pourtour de l'anus est dur et résistant, ce qui est dû à son gonflement, bien qu'il n'y ait pas encore de tumeur hémorrhoïdale bien distincte.

Il résulte de cet état du rectum quelques troubles fonctionnels qui méritent d'être mentionnés. Souvent les envies d'aller à la selle sont fréquentes, et les efforts infructueux ou non que font les malades pour les satisfaire, tendent encore à augmenter l'intensité du mal. L'affection étant presque toujours précédée d'une constipation plus ou moins opiniâtre, l'excrétion des matières fécales a un autre inconvénient : le passage de ces matières dures, et offrant des aspérités, détermine la contusion et même la déchirure des parties congestionnées, et de là l'écoulement de sang parfois abondant qui accompagne la défécation.

Pendant que ces phénomènes locaux se manifestent, on observe que le pouls est dur, plus ou moins fréquent, qu'il y a de l'inquiétude, de l'insomnie causée surtout par le sentiment de gêne et de douleur dans le rectum ; que le caractère devient difficile, que l'appétit est moins vif, et que les digestions sont plus pénibles

Tels sont les signes qui, dans le plus grand nombre des cas, annoncent le com-
ɛncement d'un travail pathologique dont le résultat doit être la formation des
morrhoïdes. Quoique j'aie élagué un bon nombre de symptômes douteux, je
is ajouter que cette description ne repose que sur des appréciations générales,
ɛessairement vagues, et qu'un travail exact sur ce point est encore à faire.

Dans quelques cas, cette congestion hémorrhoïdale du début est précédée elle-
ıme de quelques symptômes généraux, tels qu'un malaise indéfinissable, des
rripilations, des lassitudes sans cause appréciable, la morosité, la chaleur, la
ıanteur de la tête, des étourdissements, une altération plus ou moins marquée des
its, des troubles digestifs, des flatuosités intestinales, etc. Mais ces phénomènes
ıt bien loin de se montrer, dans tous les cas, d'une manière remarquable, et
ısieurs auteurs ont eu le tort de les généraliser.

J'ai dit plus haut que le début n'était pas continu: c'est que, en effet, il n'est
ı rare de voir cette congestion se dissiper, pour se reproduire ensuite plusieurs
s à des intervalles variables, avant que les tumeurs hémorrhoïdales caractéristi-
es se soient montrées. C'est au bout de deux, trois ou quatre jours, et quelque-
s plus, que la congestion se dissipe, soit après un écoulement de sang semblable
ɛlui que nous décrirons plus loin, soit sans aucun écoulement.

Symptômes. Lorsque la maladie est confirmée, lorsque les tumeurs hémorrhoï-
lles se sont produites, on observe une série de symptômes, tantôt presque conti-
ıs, tantôt intermittents. Dans ces derniers cas, la maladie survient par *attaques*
lus ou moins rapprochées. Je vais d'abord décrire les symptômes, abstraction
aite de ces attaques, me réservant d'en parler avec détail à l'occasion de la marche
le la maladie.

La *pesanteur vers le rectum*, indiquée plus haut, est d'autant plus considérable,
ɔutes choses égales d'ailleurs, que les tumeurs sont plus volumineuses et plus
leines de sang. Il en est de même de la sensation d'un corps étranger dans cet
rgane. La *douleur* est souvent très vive; elle est assez souvent lancinante, et s'ir-
adie plus ou moins loin, surtout vers le périnée et les lombes. Elle force parfois
s malades à prendre des positions bizarres, comme de se tenir sur les genoux et
ur les coudes, et fréquemment on les voit changer d'attitude. La pression sur le
iége est douloureuse, surtout quand les tumeurs font saillie à l'extérieur, que les
émorrhoïdes sont externes, pour nous servir de l'expression consacrée. Aussi les
ıalades ont-ils beaucoup de difficulté à s'asseoir, et ne font-ils porter leur siége
ue sur un côté, ou bien se placent-ils sur des siéges percés. Parfois, néanmoins, ils
ompriment largement l'anus avec la main, dans l'intention de se soulager; mais
ette compression n'est possible que dans les cas où les hémorrhoïdes sont internes
u peu distendues. La défécation est aussi très douloureuse, et la souffrance pro-
luite par le passage des matières endurcies se prolonge plus ou moins longtemps
près, suivant qu'il y a eu ou non des déchirures. Par suite de la gêne, de la dou-
eur et de la présence des tumeurs, la marche est pénible, difficile, et, à son tour,
lle augmente les accidents.

La *sensation de chaleur* ressentie à la partie inférieure du rectum est vive, et
peut aller jusqu'à une sensation de brûlure. Les malades sentent aussi des *batte-
ments* dans la partie malade, assez comparables à ceux du phlegmon.

Si les tumeurs sont volumineuses, tendues, pleines de sang, l'*émission de l'urine*

peut être difficile et douloureuse, surtout vers la fin, où le périnée se contrac violemment.

Nous retrouvons ici les *phénomènes généraux* signalés dans la description de congestion rectale, ce qui n'a rien de surprenant; car, au moment où les tumr apparaissent ou prennent de l'accroissement, si elles existaient déjà, c'est une c gestion semblable qui a lieu.

Mais ces phénomènes n'ont plus en général la même intensité, parce que l'é lement de sang qui termine la scène a lieu ordinairement avec plus de facilité q dans les cas où la congestion se termine de la même manière. Quelquefois, au c traire, soit que le raptus sanguin soit très violent, soit que par une cause q conque le flux hémorrhoïdal se trouve empêché, ces symptômes généraux s violents et en rapport avec l'intensité des symptômes locaux. Ce sont : une anxiété, l'agitation, l'insomnie, une chaleur plus ou moins vive, le resserrem et l'inégalité du pouls (Récamier), auxquels viennent se joindre les flatuos l'embarras des digestions, et quelquefois l'engourdissement des extrémités in rieures (Hoffman).

Tumeurs hémorrhoïdales. Lorsque les signes du début précédemment indiq ont existé plus ou moins longtemps ou se sont reproduits à plusieurs reprises, observe l'apparition de tumeurs particulières, qui tantôt se montrent à l'extéri et tantôt restent à l'intérieur du rectum. Sans nous occuper, pour le moment, la nature de ces tumeurs, donnons-en une description détaillée.

Leur *nombre* est variable; rarement il n'en existe qu'une seule; le plus sou on en trouve deux ou trois, et quelquefois elles sont en assez grand nombre p occasionner une espèce d'obstruction de la partie inférieure du rectum. Arro dies, formant par leur réunion une masse bosselée, elles sont quelquefois all gées et comme pédiculées. On en a vu de grosses comme un œuf de poule. P. Frank (1) dit en avoir vu de la grosseur d'un œuf d'oie. Ces cas sont exc tionnels, et, en général, les tumeurs ont un volume beaucoup moins considéra Par leur réunion, elles forment souvent, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur *bourrelet irrégulier* qui entoure le rectum. Leur *couleur*, quand elles sont g flées par le sang, est violette ou noirâtre, et la muqueuse, dans les points où e les recouvre, paraît transparente comme une pellicule.

Lorsque ces tumeurs se sont développées primitivement à la marge de l'anu elles sont en partie recouvertes par la muqueuse et en partie par la peau, ce q est facile de distinguer. Lorsqu'au contraire elles ont pris naissance à l'intérie même du rectum, et qu'elles ne sont venues au dehors que consécutivement, elle sont partout violacées, et l'on reconnaît la muqueuse qui les recouvre à son aspe lisse et à sa transparence. Enfin, lorsque les tumeurs restent internes, on les s en portant le doigt dans le rectum, car elles ne sont pas situées dans un point é gné de son orifice.

Flux hémorrhoïdal. Lorsque les tumeurs sont fortement distendues, ou mê avant, si le raptus sanguin est suffisant, si l'inflammation est peu violente, ou q une cause quelconque a déterminé leur rupture, on voit survenir un écoulem de sang variable dans sa quantité. Ordinairement d'une abondance médiocre, perte peut être parfois assez considérable pour faire craindre pour les jours du m

(1) *Traité de médec. prat.*, trad. par Goudareau; Paris, 1842, t. I, p. 540.

ide. On a cité des cas où le flux a été d'une et même de deux livres de sang par our, et cela pendant un mois, deux mois, et même des années. Panarola rapporte n cas de cette dernière espèce; mais on ne peut s'empêcher de soupçonner ce cit d'erreur ou d'exagération, d'autant plus que l'auteur ajoute que le malade ait en parfaite santé, ce qui ne peut s'accorder avec une perte de sang si consi-rable et si longtemps prolongée.

La perte peut être énorme en peu de temps. C'est ce qu'on a observé dans les s rapportés par Hoffmann, Pezold et Montègre, où il est dit que la quantité de ng rendu a été assez considérable pour remplir deux vases de nuit, ou bien s'est evée à vingt et même soixante livres! Je cite ces faits, parce que, dans tous, les nséquences de ces flux de sang, loin d'être extrêmement fâcheuses, ont été, sui-nt les auteurs, tout à fait favorables. Mais faut-il encore admettre de pareils cits sans restriction? Montègre lui-même élève des doutes sur l'exactitude de observation. Quant aux cas où la perte de sang a été assez considérable pour com-romettre l'existence, on comprend très bien qu'elle ait été énorme.

Le sang s'écoule ordinairement en bavant; mais lorsque les sujets vont à la rde-robe, il peut s'échapper par un jet quelquefois assez fort, ce qui est le résultat es efforts de la défécation et de la pression exercée sur le rectum par les matières cales endurcies. Ce liquide est ordinairement noirâtre; cependant, lorsque le jet st fort, et surtout lorsque l'écoulement a été déjà très abondant, le sang peut de-enir rouge ou pâle, suivant la plus ou moins grande durée de la perte.

On a beaucoup disserté sur l'existence d'un *flux hémorrhoïdal passif* et d'un *flux hémorrhoïdal actif;* mais on n'a rien dit à ce sujet qui soit bien satis-faisant. Lorsqu'il y a des signes de débilité générale, lorsque les symptômes de a congestion sont peu notables ou ne se sont pas manifestés, on dit généralement que le flux est passif; mais aujourd'hui que les recherches d'anatomie pathologique nt montré que la cause principale de l'écoulement était l'accumulation du sang lans les vésicules dilatées, ces explications deviennent insuffisantes. En somme, on 'a aucune preuve de l'existence de deux flux particuliers.

Mais est-ce par exhalation ou par rupture des tumeurs que se produit ce flux anguin? On ne peut douter que dans un bon nombre de cas il n'y ait rupture des umeurs. Les cicatrices qu'on y a trouvées dans les dissections ne permettent pas e conserver à cet égard la moindre incertitude, et c'est de cette manière qu'on xplique ces jets de sang qui s'élancent quelquefois à d'assez grandes distances. lais en est-il toujours ainsi? C'est ce qu'on ne saurait affirmer, même en mettant e côté les cas où l'écoulement s'est produit après une simple fluxion, et en n'ad-nettant, avec quelques auteurs, comme de véritables hémorrhoïdes, que celles qui ont caractérisées par la présence des tumeurs.

Dans quelques cas, le développement des tumeurs, au lieu de se terminer par un lux sanguin, accomplit toutes ses périodes et se termine par une espèce de réso-ution, sans qu'il suinte une seule goutte de sang; on dit alors que les hémor-hoïdes sont *sèches*, pour les distinguer des précédentes, qu'on a appelées *fluentes;* nais cette distinction n'a pas une très grande importance, car on voit, chez le même individu, les hémorrhoïdes être sèches ou fluentes à des attaques différentes. Ce-pendant, sous le rapport du diagnostic et du traitement, il ne faut pas oublier cette particularité.

Dans les attaques ordinaires d'hémorrhoïdes, les choses se passent comme je viens de l'indiquer, puis la douleur diminue et cesse ; il en est de même de la pesanteur vers le rectum et de la sensation d'un corps étranger ; les tumeurs se ramollissent, puis perdent de leur volume et se flétrissent. Elles présentent alors l'aspect de saillies isolées, molles, de couleur blafarde, indolentes, et qu'on peut facilement faire mouvoir. Quand elles sont internes, on sent avec le doigt leur détuméfaction et leur diminution de volume. En même temps que ces changements ont lieu dans les tumeurs, les symptômes généraux diminuent : le malaise cesse, ainsi que l'agitation, le pouls revient à son état naturel, et les fonctions digestives se rétablissent. Il est fréquent même de voir les sujets mieux portants et plus dispos après ces attaques.

Mais, dans quelques cas, il survient des accidents qui méritent une mention particulière. Il est loin d'être démontré qu'il y ait toujours un certain degré d'*inflammation* dans les tumeurs hémorrhoïdales pendant l'attaque. La simple réplétion sanguine de la partie inférieure du rectum suffit, en effet, pour rendre compte de tous les phénomènes décrits plus haut ; mais, dans quelques cas, cette inflammation survient d'une manière évidente, et parfois elle est très violente. Alors la douleur est beaucoup plus vive, elle est insupportable chez quelques sujets ; les parties tuméfiées sont rouges, chaudes, et les organes voisins, tels que la vessie et les organes génitaux, participent d'une manière marquée à l'état de souffrance du rectum. De là les épreintes vésicales, la strangurie, les douleurs du périnée, du vagin, etc. On a vu cette inflammation se terminer par des abcès, soit dans l'intérieur même des tumeurs, soit dans le tissu cellulaire voisin.

On a, dans ces derniers temps, signalé un accident particulier des hémorrhoïdes qui se lie au précédent : c'est la *phlébite*. Il est rare, ainsi que le fait remarquer M. Cruveilhier, que cette phlébite devienne purulente. Lorsqu'il en est ainsi, on voit survenir les symptômes graves que j'ai décrits à l'article *Phlébite* (t. II). Dans les cas où la phlébite reste locale et est simplement adhésive, on n'observe pas d'autres phénomènes que ceux de l'inflammation ; ils viennent d'être indiqués.

Lorsque les tumeurs hémorrhoïdales existent depuis longtemps, elles forment, ai-je dit, un bourrelet autour du rectum. Si elles ont été primitivement internes, les efforts de la défécation ont chaque fois tendu à les repousser au dehors, jusqu'à ce qu'enfin elles se soient montrées à l'anus. Cette espèce d'expulsion ne peut avoir lieu sans que l'intestin soit attiré plus ou moins en bas, bien que les tumeurs hémorrhoïdales s'allongent alors de manière à avoir un pédicule. Or, dans un assez bon nombre de cas, il en résulte une *chute du rectum* lorsque les malades vont à la garde-robe, ce qui nécessite de leur part des manœuvres pour faire rentrer l'intestin et les tumeurs. Mais si la fluxion hémorrhoïdale a lieu avec une certaine activité, il peut en résulter qu'après la défécation les tumeurs restent trop gonflées pour pouvoir être repoussées dans le rectum. Les malades font de vains efforts, et si un certain temps s'écoule, le gonflement, augmenté encore par une constriction de l'anus qui survient en pareil cas, s'oppose irrésistiblement à la rentrée des hémorrhoïdes. De là des phénomènes graves. On voit alors au dehors de l'anus un bourrelet violacé ou noirâtre, extrêmement douloureux au toucher, étant également le siége de douleurs spontanées vives, et séparé en plusieurs parties par quelques sillons étroits et profonds. L'anxiété est vive ; les malades sont obligés de

: coucher sur le côté ou sur le ventre; en un mot, les symptômes généraux indiqués plus haut se produisent avec une intensité notable.

Si, à l'aide des manœuvres que j'indiquerai plus loin, on ne peut pas parvenir à vaincre la résistance de l'anus et à faire rentrer les tumeurs, elles sont ordinairement envahies par la *gangrène*, car il est rare que les moyens ordinaires suffisent pour amener la détuméfaction de ces tumeurs ainsi étranglées. Cette gangrène est ordinairement peu profonde; elle n'atteint que les parties les plus saillantes des tumeurs qui se ramollissent, deviennent grisâtres, brunâtres ou d'un vert foncé, se détachent, et permettent au reste du bourrelet de rentrer. Quelquefois cependant, ainsi que les auteurs en ont cité des exemples, la gangrène envahit toute la tumeur, gagne même le rectum, et, dans ce cas, occasionne des accidents mortels.

Parmi les autres accidents qui peuvent avoir lieu dans les hémorrhoïdes, il faut signaler les *fissures* et les *ulcérations*. Ces lésions rendent les tumeurs fort douloureuses, augmentent encore la difficulté de la défécation, et donnent lieu à un suintement purulent qui peut se continuer lorsque les tumeurs sont en partie flétries.

En l'absence de toute fissure et de toute ulcération, peut-il y avoir un écoulement purulent ou muco-purulent de l'anus chez les hémorrhoïdaires? L'existence de ce flux, auquel on a donné le nom d'*hémorrhoïdes blanches* ou de *leucorrhée anale*, ne paraît pas douteux d'après les recherches des auteurs; cependant il serait à désirer que le fait fût constaté avec plus de soin. Quelle qu'en soit du reste la cause, il est certain que chez des sujets affectés depuis longtemps d'hémorrhoïdes, on voit ces *flux blancs* se produire ordinairement avant et après les attaques, et parfois même remplacer le flux sanguin.

La *constipation*, que nous avons vue être la cause la plus fréquente des hémorrhoïdes, est ordinairement augmentée par celle-ci; ce que l'on conçoit très bien, puisque, d'une part, la défécation est douloureuse, et que, de l'autre, les tumeurs volumineuses obstruent plus ou moins l'intestin.

Enfin, lorsque les pertes de sang sont abondantes et fréquemment répétées, on voit apparaître les signes de l'*anémie*, avec les troubles nerveux et fonctionnels qui la caractérisent, et qui ne diffèrent pas de ceux qui ont été décrits à l'occasion de l'anémie lentement survenue à la suite des hémorrhagies (1).

Formes particulières. Je dirai peu de mots sur les formes des hémorrhoïdes. Nous avons vu, en effet, d'après ce que j'ai dit des divisions proposées, que ce n'est pas là une question aussi importante que plusieurs auteurs l'ont pensé. Les principales sont celles que nous avons signalées déjà, d'après quelques symptômes: ainsi, par exemple, les hémorrhoïdes *fluentes* et *sèches*, les hémorrhoïdes *blanches*, les hémorrhoïdes *internes* et *externes*. Il y a, je le répète, tant de variations chez le même individu, qu'on ne peut presque jamais ranger exclusivement les divers cas sous une de ces dénominations. Je dirai tout à l'heure, à propos de la marche de la maladie, quelques mots des hémorrhoïdes *régulières* et *irrégulières*.

(1) Voy. art. *Anémie*, t. II; *Épistaxis*, t. I, etc.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison de la maladie.

La *marche* des hémorrhoïdes est, on peut le dire, essentiellement intermittente. Cependant si, comme on l'a supposé, on fait une distinction entre le flux hémorrhoïdal et les tumeurs, on doit établir une exception à l'égard de celles-ci. Lorsqu'elles sont anciennes, volumineuses, et surtout ulcérées, elles donnent toujours lieu à quelques symptômes, tels que pesanteur à l'anus, difficulté de la défécation, flux blanc, etc. ; mais alors même il survient, à des intervalles variables, une série d'accidents qui constituent les *attaques*. Ces attaques sont formées par la réunion des symptômes précédemment décrits, et dont les principaux constituent la fluxion hémorrhoïdale, le développement des tumeurs et le flux sanguin. Avant et après leur invasion, les malades sont dans un état de santé très supportable, sinon parfait, et, après elles, les symptômes locaux se calment ou se dissipent complétement. Chez quelques sujets, ces attaques ont une périodicité marquée, et imitent ainsi les périodes menstruelles. Nous avons vu plus haut que ces hémorrhoïdes *périodiques* et *régulières* pouvaient remplacer les menstrues; mais, en examinant les faits, on ne tarde pas à se convaincre qu'il y a beaucoup d'exagération dans ce que l'on a dit à cet égard. Le plus souvent, au contraire, les attaques sont *irrégulières*, et l'on conçoit que l'hygiène des sujets puisse faire varier considérablement l'époque de leur apparition.

Il faut distinguer la *durée* de ces attaques de la *durée* des hémorrhoïdes elles-mêmes. On voit, dans un certain nombre de cas, celles-ci guérir après une ou plusieurs attaques, et il n'est pas possible, sous ce rapport, de déterminer d'une manière un peu précise la durée de l'affection. Très souvent, au contraire, elles persistent toute la vie, tantôt très violentes, tantôt plus légères. C'est dans ces cas que la douleur et la perte de sang abondante inspirent le plus souvent des inquiétudes aux malades, rendent leurs fonctions pénibles et produisent l'hypochondrie. La durée des attaques varie de quatre ou cinq jours à une ou plusieurs semaines.

Quant à la *terminaison*, nous avons peu de chose à en dire. Nous avons vu plus haut qu'il est fort rare que le flux hémorrhoïdal soit assez abondant pour compromettre les jours du malade. Quelquefois, mais très rarement encore, la mort est causée par la gangrène ou par la phlébite suppurative. La guérison s'obtient ordinairement lorsque les hémorrhoïdes sont dues à une cause qui disparaît d'elle-même ou qu'on peut faire facilement cesser, comme la grossesse ou une constipation peu rebelle.

§ V. — Lésions anatomiques.

J'ai dit, en commençant, que les recherches modernes avaient surtout éclairé l'anatomie pathologique des hémorrhoïdes. Il ne faut pas croire néanmoins que ce sujet ait été négligé avant ces derniers temps; car un bon nombre d'auteurs, parmi lesquels on doit principalement citer Stahl, Alberti, Morgagni et Lassus, ont fixé leur attention sur ce point, et sont arrivés à ce résultat, que les hémorrhoïdes sont de véritables varices des veines hémorrhoïdales. Sans entrer à ce sujet dans une discussion qui nous entraînerait au delà des limites de notre cadre, disons qu'aujourd'hui, grâce surtout aux dissections de Blandin et de M. Jobert (de Lamballe), on s'est généralement rangé à cette opinion, quoique cependant quelques auteurs y aient apporté certaines restrictions que j'indiquerai succinctement.

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit du nombre et du volume des tumeurs ns la description des symptômes. A l'intérieur du rectum, on les trouve formant urrelet, parfois pédiculées, et parsemées de renflements veineux apparents. A xtérieur, elles ont l'aspect précédemment indiqué. Quelquefois, suivant la rerque du docteur B. Brodie (1), il faut pousser une injection dans les veines pour ndre apparentes leurs dilatations, et, par conséquent, la tuméfaction; mais dinairement il est facile de reconnaître les tumeurs après la mort. Parfois forées de veines dilatées dans tous les points de leur circonférence, et semblables x varices des membres inférieurs, elles se présentent, dans les autres cas, sous rme d'ampoules ou de cellules communiquant avec les veines, ou plutôt, comme constaté M. Jobert, elles ne sont autre chose que des points dilatés de ces ines, puisque, dans tous les cas, cet auteur a pu reconnaître la paroi du vaisau. Mais comme, par suite de l'inflammation dont la tumeur peut être le siége, survient fréquemment une phlébite adhésive, il en résulte que cette disposition st parfois difficile à saisir, parce que le vaisseau est oblitéré avant d'arriver à la meur. En outre, l'hypertrophie et l'endurcissement des parois veineuses et de la uqueuse, l'adhérence de celle-ci, l'infiltration du tissu sous-muqueux, son induation, l'extravasation du sang dans le tissu cellulaire environnant, sa collection n foyer enkysté, sont autant de lésions qui rendent la dissection difficile. Il est, du reste, facile de comprendre quelle est l'origine de ces lésions. On trouve dans l'intérieur des petites cavités, surtout lorsque les sujets ont succombé pendant une attaque ou peu de temps après, soit du sang noir ou liquide, soit des caillots plus ou moins fermes et plus ou moins décolorés.

Il arrive assez souvent qu'un grand nombre de petits vaisseaux veineux rampent dans les tumeurs hémorrhoïdales : c'est, ainsi que le fait remarquer M. P. Bérard (2), ce qui a fait croire à quelques auteurs, et en particulier à Laënnec et à Béclard, que les hémorrhoïdes peuvent être formées par un véritable tissu érectile. La ressemblance est surtout fort grande, comme l'a également noté l'auteur que je viens de citer, lorsqu'il existe en même temps une extravasation sanguine dans le tissu cellulaire. Parfois, dans les cas d'hémorrhoïdes anciennes, le lacis des veines dilatées est si considérable, qu'il enveloppe complétement la partie inférieure du rectum.

De ces faits M. Bérard conclut qu'il faut admettre trois formes d'hémorrhoïdes : la première est la forme *variqueuse;* la seconde est la forme *érectile*, ce qui ne veut pas dire que les tumeurs soient formées d'un tissu entièrement semblable à celui qu'on a désigné sous ce nom ; enfin, dans la troisième forme, les tumeurs sont dures, ne contiennent pas de sang, et on les désigne sous le nom de *marisques*. C'est à l'inflammation adhésive dont il a été parlé plus haut qu'il faut attribuer ce dernier état des tumeurs, qui, faute d'avoir été convenablement étudié, a souvent donné lieu à des erreurs de diagnostic.

Si j'ajoute que dans les hémorrhoïdes anciennes on peut trouver un épaississement de la muqueuse rectale se prolongeant au delà de la limite des tumeurs ; des traces de fissure, d'ulcération, d'abcès; des cicatrices résultant de la rupture des

(1) *Lect. on hemorrh.* (*Lond. med. Gaz.*, 1835).
(2) *Dict. de méd.*, art. HÉMORRHOÏDES.

sacs variqueux, on aura tout ce qu'il importe de savoir sur l'état du rectum dans les hémorrhoïdes.

Quant aux autres organes, ils ne présentent souvent rien de particulier, si ce n'est les lésions propres à la maladie qui a causé la mort, et qui est ordinairement étrangère aux hémorrhoïdes. Les affections organiques du foie, les tumeurs abdominales gênant la circulation veineuse, qu'on trouve quelquefois, ont un rapport direct avec la maladie. Enfin, si la constipation a été très opiniâtre, il peut y avoir une dilatation du rectum au-dessus du point occupé par les hémorrhoïdes.

On voit que je n'ai point parlé des dégénérescences cancéreuses, squirrheuses, qu'on a cru pouvoir se produire quelquefois dans les hémorrhoïdes. Je ne nie pas certainement que le cancer ne puisse s'emparer de la partie du rectum occupée par les tumeurs ; mais que l'existence de celles-ci ait eu une influence réelle sur la production du cancer, voilà ce qui n'est nullement prouvé, et par conséquent la question perd pour nous la plus grande partie de son intérêt.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Le *diagnostic* des hémorrhoïdes ne présente, dans le plus grand nombre des cas, aucune difficulté sérieuse. Pour l'établir avec précision, il faut avoir égard, comme on l'a fait généralement, et malgré les objections dont j'ai parlé plus haut, au flux hémorrhoïdal aussi bien qu'aux tumeurs.

Le flux hémorrhoïdal pourrait être confondu avec une *hémorrhagie d'une portion plus élevée de l'intestin*, et s'il n'y a encore que simple congestion rectale sans dilatation veineuse bien apparente, sans tumeur appréciable, ce diagnostic mérite une certaine attention. La tension de la partie inférieure du rectum, la tuméfaction de l'anus, les circonstances dans lesquelles se produit l'hémorrhagie, c'est-à-dire après une constipation plus ou moins longue ; l'absence de toute tumeur dans l'abdomen et des signes de cancer, d'affection typhoïde, de scorbut, etc. mettront promptement sur la voie. Si les tumeurs caractéristiques existent, il n'y a plus aucune difficulté, et l'on ne peut pas confondre les hémorrhoïdes avec l'*entérorrhagie*, dont nous avons donné plus haut l'histoire. Quant à la couleur noire du sang rendu dans cette dernière affection, elle n'est pas, ainsi que le fait remarquer M. Raige-Delorme, un signe suffisant pour se prononcer.

« Lorsque le sang a sa source dans un *ulcère du rectum*, il est, dit M. Récamier, plus ou moins sanieux ou mêlé de pus, et le doigt introduit dans l'anus en est retiré couvert d'une sanie fétide. » Ajoutons qu'on peut reconnaître par ce toucher la surface inégale de l'ulcère ordinairement cancéreux.

Lorsque les tumeurs existent et sont volumineuses et gonflées, il ne saurait y avoir la moindre hésitation. Cependant, si ces tumeurs sont envahies par une inflammation assez vive, on peut se demander si l'on n'a pas affaire simplement à une *inflammation du tissu cellulaire de la marge de l'anus*. Mais celle-ci n'occupe pas tout le pourtour de l'intestin ; elle se manifeste par un point douloureux et induré entre le rectum et la tubérosité sciatique ; la congestion caractéristique n'a pas existé, et enfin, pour rendre la distinction plus facile, il suffit de dire que cette inflammation n'atteint guère que des tumeurs existant déjà depuis un certain temps, et après plusieurs attaques d'hémorrhoïdes.

Les *polypes du rectum* peuvent-ils être confondus avec les tumeurs hémorrhoï-

ales? C'est ce qu'ont pensé quelques auteurs, et voici les signes distinctifs qu'on donnés comme propres à faire éviter les erreurs. Les polypes sont plus fermes, s ne se montrent pas en nombre considérable, ils ne donnent pas lieu à ces alternatives d'intumescence et de flétrissure qui caractérisent les tumeurs hémorrhoïdales.

Lorsque les tumeurs sont endurcies, flétries, et surtout lorsqu'elles sont le siége 'un suintement blanc, par une des causes précédemment indiquées, on pourrait s prendre pour des *végétations syphilitiques.* Mais encore ici la manière dont ces égétations sont survenues, l'absence d'hémorrhagie antérieure, et enfin certaines articularités de forme, comme celle de crête, de chou-fleur, de poireau, etc., ne ermettent pas de rester longtemps dans l'incertitude.

Enfin il n'est point difficile de distinguer les tumeurs hémorrhoïdales internes rmant bourrelet, du *cancer* du rectum. Outre l'absence des phénomènes des attaques hémorrhoïdales, la dureté du squirrhe, l'absence de séparation des tumeurs, a profondeur à laquelle pénètre la maladie et que l'on peut facilement apprécier, des ulcérations lorsque la maladie est avancée, font aisément reconnaître le ancer.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs du flux hémorrhoïdal sans tumeurs appréciables, et de l'entérorrhagie proprement dite.*

FLUX HÉMORRHOÏDAL.	ENTÉRORRHAGIE.
Tension de la partie inférieure du rectum.	*Pas de tension* de la partie inférieure du rectum.
Tuméfaction de l'anus.	*Pas de tuméfaction* de l'anus.
Constipation antécédente.	Souvent *pas de constipation* antécédente.
Pas de tumeur dans l'abdomen.	*Tumeur* de l'abdomen dans les cas de cancer.
Pas de signes de cancer ou d'affection typhoïde, de scorbut, etc.	*Signes* de cancer, d'affection typhoïde, de scorbut, etc.

2° *Signes distinctifs des hémorrhoïdes et des tumeurs cancéreuses du rectum.*

HÉMORRHOÏDES.	TUMEURS CANCÉREUSES.
Précédées de la congestion hémorrhoïdale.	*Non précédées* de la congestion hémorrhoïdale.
Revenues *à plusieurs reprises* par attaques.	Développées *graduellement.*
Moins dures; séparées par des *sillons.*	*Dures;* bosselées; *sans sillons* aussi prononcés.
Point de sanie cancéreuse.	*Sanie cancéreuse*, dans les cas d'ulcération.

3° *Signes distinctifs des hémorrhoïdes et des excroissances de l'anus.*

HÉMORRHOÏDES.	EXCROISSANCES.
Arrondies; violettes; séparées par des *sillons.*	*Formes diverses;* poireaux, choux-fleurs; couleur *blanc sale* ou *rosée.*
Revenues *par attaques* avec *congestion hémorrhoïdale.*	Développées *graduellement, sans congestion.*

Pronostic. Le pronostic des hémorrhoïdes est presque toujours très peu grave, en ce sens que cette affection ne menace presque jamais la vie. Mais lorsqu'elles sont anciennes, elles peuvent présenter une série d'accidents incommodes dont j'ai donné plus haut la description. Avant qu'elles soient devenues ainsi *constitutionnelles*, pour me servir de l'expression consacrée, on peut parvenir à les guérir; le

pronostic est donc d'autant moins sérieux, que la maladie est plus récente. Cependant il faudrait se garder de regarder ce pronostic comme rigoureux, et d'annoncer une guérison même probable, par cela seul que les hémorrhoïdes sont récentes : il faut encore considérer les causes qui ont produit la maladie, s'informer si l'on peut en accuser une constipation accidentelle, cas le plus favorable, mais le plus rare et, dans tous les cas, être très circonspect sur le pronostic ; car combien de fois ne voit-on pas cette maladie persister malgré tous les moyens mis en usage?

La trop grande abondance de l'hémorrhagie est une circonstance fâcheuse ; il est à peine besoin de le dire; toutefois il faut, avant de se prononcer, considérer ses effets, car si cette abondance n'est pas excessive, elle peut produire de bons résultats, même lorsque la perte paraît considérable.

La gangrène du bourrelet hémorrhoïdal sorti et comprimé par l'anus n'a pas autant de dangers qu'on pourrait le croire au premier abord ; nous avons vu, en effet, plus haut, qu'elle n'est que partielle. Il arrive même qu'après la chute des parties gangrenées, le flux hémorrhoïdal se suspend, et tous les autres symptômes locaux disparaissent ou diminuent notablement ; mais ce n'est toujours que pour un certain temps. J'ai vu, dans un cas, cette guérison apparente durer plus d'un an ; mais au bout de ce temps, les tumeurs hémorrhoïdales se reproduisirent et se compliquèrent, comme auparavant, de chute du rectum. Lorsque la gangrène envahit le rectum, le cas est très grave, puisque nous avons vu que c'était là une des causes de la terminaison fatale.

La phlébite adhésive est une complication plutôt favorable que nuisible, car si elle donne lieu à des douleurs plus ou moins vives, elle est suivie de la flétrissure plus ou moins durable des tumeurs hémorrhoïdales. Il n'en est pas de même de la phlébite suppurative, qui donne lieu à des accidents mortels, mais qui est heureusement fort rare.

Pour terminer ce qui a rapport au pronostic, je dirai un mot de la *suppression des hémorrhoïdes*, quoiqu'elle ne s'y rattache qu'indirectement. Cette suppression a été regardée comme fort grave dans un bon nombre de cas, et surtout lorsque le flux hémorrhoïdal est devenu constitutionnel. Il faudrait énumérer presque toutes les maladies, pour faire connaître celles dont on a attribué l'apparition à la suppression de ce flux. On trouve sans doute, dans les auteurs, un certain nombre de cas, où la production d'une maladie du cerveau, des poumons, etc., ayant suivi presque immédiatement la suppression des hémorrhoïdes, on a pu soupçonner celle-ci d'être la cause du mal ; et ce qui est plus probant, on a vu quelquefois cette maladie disparaître dès qu'on a eu reproduit le flux supprimé. Mais ces cas sont infiniment plus rares qu'on ne le pense, et, tout le monde en convient, on a extraordinairement exagéré l'influence de cette cause. Il ne faut donc pas se hâter de porter un fâcheux pronostic lorsqu'on voit les hémorrhoïdes se supprimer ; mais on ne doit pas laisser d'en surveiller les suites.

Aujourd'hui personne ne voudrait se ranger de l'avis des médecins qui, avec Alberti (1), regardent les hémorrhoïdes comme une cause réelle de longévité. Au reste, les considérations dans lesquelles je suis entré à l'article *Épistaxis* (t. I[er]) s'appliquent, sous ce point de vue, aux hémorrhoïdes.

(1) *Diss. de hæmorrh. longæv. causa.*

§ VII. — Traitement.

.e traitement des hémorrhoïdes est, sans contredit, un des plus riches de toute athologie ; mais aussi il n'en est aucun qui ait été étudié avec moins de rigueur s la plupart de ses points. C'est un amas confus d'une multitude de moyens rs, parmi lesquels il faut péniblement chercher ceux qui ont en leur faveur lques résultats de l'expérience. Pour mettre un peu d'ordre dans cet article, loit diviser nécessairement le traitement en traitement curatif des hémorrhoïdes ntes ou anciennes, et en traitement des symptômes et des accidents, ou traitet palliatif.

° *Traitement curatif de l'affection.* — *Hémorrhoïdes récentes.* Les hémorides récentes sont celles, comme nous l'avons dit plus haut, dont il est le plus le de triompher. Les *émissions sanguines* ont été mises en usage, dans ce but, les médecins qui avaient l'intention de faire cesser la congestion. La *saignée érale* est cependant rarement pratiquée, quoique quelques auteurs y aient vu puissant moyen de dérivation. Ce sont les *sangsues* en assez grand nombre sur ourtour de l'anus qui sont le plus fréquemment employées. Le soulagement qui ılte souvent de leur application, et la détuméfaction de la partie inférieure du tum, prouvent que ce moyen ne manque pas d'efficacité. On applique les sangs au nombre de vingt, vingt-cinq ou trente, et l'on y revient à plusieurs reprises, le cas paraît l'exiger. Je n'ai pas besoin d'ajouter que le degré d'action de ce oyen n'a pas été rigoureusement recherché.

Purgatifs. Les purgatifs sont ensuite prescrits pour faire cesser la constipation, i précède presque toujours l'apparition des hémorrhoïdes. Il serait inutile d'inquer ici en détail les purgatifs mis en usage. Qu'il me suffise de dire qu'on emie généralement les purgatifs doux. Mais il est deux substances qui sont purgaes et auxquelles on a en outre attribué presque une vertu spécifique : ce sont le omel et le tartrate de potasse.

Le *calomel* est principalement prescrit en Amérique et en Angleterre. Montègre e un cas de guérison, par cette substance, d'hémorrhoïdes avec flux énorme, et lement douloureuses, qu'elles causaient des défaillances dans les rues. Le malade ıvait que dix-sept ou dix-huit ans. Montègre ne paraît pas douter que, dans ce , le calomel ait réellement agi comme altérant. Mais l'observation manque des ails les plus importants. On ne sait si les hémorrhoïdes étaient anciennes, si nt le traitement la constipation était opiniâtre, si elle a cessé par suite de dministration du calomel, et en outre on avait mis le malade, pendant dix-huit is, à la diète lactée, ce qui valait bien la peine qu'on en tînt compte. J'ai cité ce t pour montrer toute la négligence qu'on a apporté à l'examen de ces questions érapeutiques ; il me serait facile d'en citer beaucoup de semblables. Et l'on tonne, après cela, que la thérapeutique soit si peu avancée !

Il n'est donc nullement prouvé que le calomel agisse autrement que comme rgatif. On le donne de la manière suivante :

℞ Calomel à la vapeur. 0,15 à 0,20 gr.	Sucre en poudre........... 1 gram.

A prendre en deux prises dans la journée.

On renouvelle cette dose tous les jours, s'arrêtant si l'on s'aperçoit que les gencives deviennent douloureuses.

Le *tartrate de potasse* agit-il d'une autre manière? C'est ce qui est tout aussi douteux. Parmi les auteurs qui ont recommandé ce médicament, il n'en est aucun qui ait plus insisté que Hildebrandt (1). Voici comment ce médecin le prescrivait :

℞ Tartrate de potasse.....	4 gram.	Eau de mélisse............ 90 gram.
Extrait de gentiane.....	1,25 gram.	

A prendre le matin à jeun, et le soir avant de se coucher.

Si les tumeurs sont très considérables et très douloureuses, prescrire cette dose trois et même quatre fois par jour.

Si les malades sont sujets au dévoiement, réduire la dose du sel à 1,25 gramme.

Hildebrandt dit qu'il ignore la manière d'agir de ce remède ; mais, je le répète, tout porte à croire que c'est comme laxatif. Ajoutons d'ailleurs que ce médecin mettait en même temps en usage l'*eau froide* dont je vais parler.

Ce qu'il y a de curieux dans l'emploi des purgatifs, c'est que, comme nous le verrons plus tard, ces médicaments, mis en usage pour faire disparaître les hémorrhoïdes, le sont aussi pour les rappeler quand elles ont été supprimées. Je reviendrai sur ce point.

Boisson, lotions, demi-bains, lavements d'eau froide. Tous ces moyens ont été mis en usage ; quelques uns par les conseils des médecins, d'autres par les malades. Ce sont surtout les lotions et les bains de siége froids que ces derniers ont employés, dans le but de faire cesser un écoulement de sang incommode. Mais tous les médecins s'accordent à regarder ces moyens comme très dangereux. L'eau froide en boisson n'a probablement d'autre effet que de rendre la défécation plus facile quand elle est prise en assez grande quantité. Les *lavements*, les *injections ou douches ascendantes d'eau froide* sont principalement recommandés par Montègre, qui, dit-il, aurait pu citer de nombreux exemples de guérison obtenue par ce moyen ; il est fâcheux qu'il ne l'ait point fait. Il ne faut pas que l'eau soit trop froide. Montègre assure avoir vu des sujets très irritables sur lesquels les premières douches d'eau glacée produisaient une tuméfaction plus grande de l'anus. Quand on connaît la marche de la maladie et la difficulté qu'il y a, au commencement de la fluxion hémorrhoïdale, à l'empêcher d'atteindre un certain degré, on se demande si l'auteur n'a pas été trompé par de simples apparences.

Astringents. Les astringents agissent dans le même sens que l'eau froide, mais avec plus d'efficacité. Ce sont encore des moyens regardés comme très dangereux, et qu'on ne conseille de mettre en usage que dans les cas où le flux hémorrhoïdal paraît *passif*. Mais est-il facile, est-il même possible de reconnaître qu'un pareil flux est réellement passif ? Voilà ce qu'il faudrait établir avant de proposer la médication. L'*eau blanche*, la *solution d'alun* à la dose de 4 grammes par 500 grammes d'eau, l'*eau vinaigrée*, etc., sont principalement employées en lotions.

Tels sont, parmi les moyens recommandés pour faire cesser complétement les hémorrhoïdes récentes, ceux qui méritent d'être mentionnés. On n'attend pas de moi sans doute que je rapporte ici les merveilles produites par des substances très variées, portées en *amulette*. Je veux seulement faire remarquer qu'il n'est aucune affection qui ait été l'objet d'un aussi grand nombre de cures miraculeuses. La marche si capricieuse de la maladie, dans certains cas, suffit pour donner l'expli-

(1) *Sur les hémorrhoïdes fermées*, trad. de l'allemand, par Marc ; Paris, 1804, in-8.

n de tous ces faits si surprenants au premier abord, et nul doute que si quelqu'un s auteurs qui nous ont précédés avait étudié avec méthode les faits soumis à son servation, il n'y eût trouvé la clef de toutes ces guérisons extraordinaires qu'on it rapportées dans plusieurs ouvrages avec beaucoup de complaisance.

Hémorrhoïdes anciennes. Lorsque les hémorrhoïdes sont anciennes, que les aques ont eu lieu à de nombreuses reprises, et que les tumeurs conservent un ez grand volume dans l'intervalle de ces attaques, on ne peut pas espérer d'obir la guérison radicale à l'aide des moyens précédents ; et si, pour un motif elconque, on juge que le malade doit être débarrassé de son mal, il faut nécesirement avoir recours aux *opérations chirurgicales*.

L'*extirpation des hémorrhoïdes* n'est pratiquée que lorsque le bourrelet très voumineux empêche la défécation, lorsque ce bourrelet ne peut plus rester dans le ctum, qu'il s'échappe au dehors et entraîne irrésistiblement l'intestin, lorsqu'en 1 mot l'affection est devenue tout à fait insupportable. Je ne décrirai pas ici les érations chirurgicales qu'on pratique en pareil cas, je me contenterai de les diquer (1).

C'est d'abord la *ligature des tumeurs*, déjà recommandée par Hippocrate et alien, opération aujourd'hui généralement abandonnée par les médecins français cause de sa difficulté, de la douleur très vive qu'elle cause, et surtout des accients mortels auxquels elle peut donner lieu. Cependant plusieurs médecins célèbres, urtout en Angleterre, sont loin de partager cette réprobation contre la ligature ; t à ce sujet le docteur B. Brodie (2) établit une distinction importante. Pour lui, 'incision doit être pratiquée lorsqu'il s'agit de tumeurs hémorrhoïdales externes, nais il faut avoir recours à la ligature pour les tumeurs internes. Dans celles-ci, n effet, suivant cet auteur, les accidents signalés plus haut ne sont pas à craindre, t de plus on n'a pas à redouter l'hémorrhagie interne, accident très grave, dont parlerai plus loin. Il ne m'appartient pas de décider quelle est de ces deux opiions celle qu'on doit adopter. On doit consulter à ce sujet les traités de chirurgie, insi que pour les divers procédés employés dans la ligature des tumeurs.

On a eu recours au *cautère actuel*, et ce moyen a réussi assez souvent, au rapert des auteurs ; mais aucun n'a fourni des preuves plus convaincantes que I. Ph. Boyer (3). Il a, en effet, cité des faits très remarquables de guérison d'hémorhoïdes anciennes, obtenue chez des sujets très affaiblis, à l'aide de la cautérisation par fer rouge. C'est donc un moyen qui sera très utile au praticien, et qui, comme le rouvent les observations de M. Ph. Boyer, n'a pas de danger réel. Voici comment e chirurgien décrit sa manière de procéder chez un de ces malades (obs. Ire) :

« Je lui fais, dit-il, donner un lavement, qu'il rend tout de suite, et je profite de sortie du bourrelet hémorrhoïdal, produite par l'excrétion du lavement, pour saisir es tumeurs. Je mets le malade sur le bord de son lit, dans la position d'un indi-

(1) On sera peut-être surpris de me voir passer sous silence la description de ces opérations, près avoir exposé en détail d'autres procédés chirurgicaux, notamment dans l'histoire de l'épistaxis t du croup. Mais en y réfléchissant, on comprendra bientôt les raisons qui m'engagent à agir ainsi. Je me suis imposé la tâche de décrire les opérations chirurgicales, mais seulement lorsqu'elles peuvent être tellement urgentes que le médecin doit être à même de les pratiquer aussi bien qu'un chirurgien, et c'est ce qui a lieu pour le tamponnement dans l'épistaxis et la trachéotomie dans le croup. Mais l'extirpation des hémorrhoïdes est une opération qu'on peut prévoir et préparer d'avance.

(2) *Lond. med. Gaz.*, loc. cit.

(3) *Bull. gén. de thér.*, 1848.

Le *tartrate de potasse* agit-il d'une autre manière? C'est ce qui est tout aussi douteux. Parmi les auteurs qui ont recommandé ce médicament, il n'en est aucun qui ait plus insisté que Hildebrandt (1). Voici comment ce médecin le prescrivait :

℞ Tartrate de potasse.....	4 gram.	Eau de mélisse............ 90 gram.
Extrait de gentiane.....	1,25 gram.	

A prendre le matin à jeun, et le soir avant de se coucher.

Si les tumeurs sont très considérables et très douloureuses, prescrire cette dose trois et même quatre fois par jour.

Si les malades sont sujets au dévoiement, réduire la dose du sel à 1,25 grammes.

Hildebrandt dit qu'il ignore la manière d'agir de ce remède ; mais, je le répète, tout porte à croire que c'est comme laxatif. Ajoutons d'ailleurs que ce médecin mettait en même temps en usage l'*eau froide* dont je vais parler.

Ce qu'il y a de curieux dans l'emploi des purgatifs, c'est que, comme nous le verrons plus tard, ces médicaments, mis en usage pour faire disparaître les hémorrhoïdes, le sont aussi pour les rappeler quand elles ont été supprimées. Je reviendrai sur ce point.

Boisson, lotions, demi-bains, lavements d'eau froide. Tous ces moyens ont été mis en usage ; quelques uns par les conseils des médecins, d'autres par les malades. Ce sont surtout les lotions et les bains de siége froids que ces derniers ont employés, dans le but de faire cesser un écoulement de sang incommode. Mais tous les médecins s'accordent à regarder ces moyens comme très dangereux. L'eau froide en boisson n'a probablement d'autre effet que de rendre la défécation plus facile quand elle est prise en assez grande quantité. Les *lavements*, les *injections ou douches ascendantes d'eau froide* sont principalement recommandés par Montègre, qui, dit-il, aurait pu citer de nombreux exemples de guérison obtenue par ce moyen ; il est fâcheux qu'il ne l'ait point fait. Il ne faut pas que l'eau soit très froide. Montègre assure avoir vu des sujets très irritables sur lesquels les premières douches d'eau glacée produisaient une tuméfaction plus grande de l'intestin. Quand on connaît la marche de la maladie et la difficulté qu'il y a, au commencement de la fluxion hémorrhoïdale, à l'empêcher d'atteindre un certain degré, on se demande si l'auteur n'a pas été trompé par de simples apparences.

Astringents. Les astringents agissent dans le même sens que l'eau froide, mais avec plus d'efficacité. Ce sont encore des moyens regardés comme très dangereux et qu'on ne conseille de mettre en usage que dans les cas où le flux hémorrhoïdal paraît *passif*. Mais est-il facile, est-il même possible de reconnaître qu'un pareil flux est réellement passif? Voilà ce qu'il faudrait établir avant de proposer la médication. L'*eau blanche*, la *solution d'alun* à la dose de 4 grammes par 500 grammes d'eau, l'*eau vinaigrée*, etc., sont principalement employées en lotions.

Tels sont, parmi les moyens recommandés pour faire cesser complétement les hémorrhoïdes récentes, ceux qui méritent d'être mentionnés. On n'attend pas de moi sans doute que je rapporte ici les merveilles produites par des substances très variées, portées en *amulette*. Je veux seulement faire remarquer qu'il n'est aucune affection qui ait été l'objet d'un aussi grand nombre de cures miraculeuses. La marche si capricieuse de la maladie, dans certains cas, suffit pour donner l'explica-

(1) *Sur les hémorrhoïdes fermées*, trad. de l'allemand, par Marc ; Paris, 1804, in-8.

tion de tous ces faits si surprenants au premier abord, et nul doute que si quelqu'un des auteurs qui nous ont précédés avait étudié avec méthode les faits soumis à son observation, il n'y eût trouvé la clef de toutes ces guérisons extraordinaires qu'on voit rapportées dans plusieurs ouvrages avec beaucoup de complaisance.

Hémorrhoïdes anciennes. Lorsque les hémorrhoïdes sont anciennes, que les attaques ont eu lieu à de nombreuses reprises, et que les tumeurs conservent un assez grand volume dans l'intervalle de ces attaques, on ne peut pas espérer d'obtenir la guérison radicale à l'aide des moyens précédents ; et si, pour un motif quelconque, on juge que le malade doit être débarrassé de son mal, il faut nécessairement avoir recours aux *opérations chirurgicales*.

L'*extirpation des hémorrhoïdes* n'est pratiquée que lorsque le bourrelet très volumineux empêche la défécation, lorsque ce bourrelet ne peut plus rester dans le rectum, qu'il s'échappe au dehors et entraîne irrésistiblement l'intestin, lorsqu'en un mot l'affection est devenue tout à fait insupportable. Je ne décrirai pas ici les opérations chirurgicales qu'on pratique en pareil cas, je me contenterai de les indiquer (1).

C'est d'abord la *ligature des tumeurs*, déjà recommandée par Hippocrate et Galien, opération aujourd'hui généralement abandonnée par les médecins français à cause de sa difficulté, de la douleur très vive qu'elle cause, et surtout des accidents mortels auxquels elle peut donner lieu. Cependant plusieurs médecins célèbres, surtout en Angleterre, sont loin de partager cette réprobation contre la ligature ; et à ce sujet le docteur B. Brodie (2) établit une distinction importante. Pour lui, l'incision doit être pratiquée lorsqu'il s'agit de tumeurs hémorrhoïdales externes, mais il faut avoir recours à la ligature pour les tumeurs internes. Dans celles-ci, en effet, suivant cet auteur, les accidents signalés plus haut ne sont pas à craindre, et de plus on n'a pas à redouter l'hémorrhagie interne, accident très grave, dont je parlerai plus loin. Il ne m'appartient pas de décider quelle est de ces deux opinions celle qu'on doit adopter. On doit consulter à ce sujet les traités de chirurgie, ainsi que pour les divers procédés employés dans la ligature des tumeurs.

On a eu recours au *cautère actuel*, et ce moyen a réussi assez souvent, au rapport des auteurs; mais aucun n'a fourni des preuves plus convaincantes que M. Ph. Boyer (3). Il a, en effet, cité des faits très remarquables de guérison d'hémorrhoïdes anciennes, obtenue chez des sujets très affaiblis, à l'aide de la cautérisation par le fer rouge. C'est donc un moyen qui sera très utile au praticien, et qui, comme le prouvent les observations de M. Ph. Boyer, n'a pas de danger réel. Voici comment ce chirurgien décrit sa manière de procéder chez un de ces malades (obs. Ire) :

« Je lui fais, dit-il, donner un lavement, qu'il rend tout de suite, et je profite de la sortie du bourrelet hémorrhoïdal, produite par l'excrétion du lavement, pour saisir les tumeurs. Je mets le malade sur le bord de son lit, dans la position d'un indi-

(1) On sera peut-être surpris de me voir passer sous silence la description de ces opérations, après avoir exposé en détail d'autres procédés chirurgicaux, notamment dans l'histoire de l'épistaxis et du croup. Mais en y réfléchissant, on comprendra bientôt les raisons qui m'engagent à agir ainsi. Je me suis imposé la tâche de décrire les opérations chirurgicales, mais seulement lorsqu'elles peuvent être tellement urgentes que le médecin doit être à même de les pratiquer aussi bien qu'un chirurgien, et c'est ce qui a lieu pour le tamponnement dans l'épistaxis et la trachéotomie dans le croup. Mais l'extirpation des hémorrhoïdes est une opération qu'on peut prévoir et préparer d'avance.

(2) *Lond. med. Gaz.*, loc. cit.

(3) *Bull. gén. de thér.*, 1848.

vidu qu'on veut opérer d'une fistule à l'anus, et saisissant successivement avec les doigts de la main gauche les tumeurs, que je tire légèrement pour les faire saillir davantage, je traverse celles d'en bas d'abord, puis celle d'en haut, avec une aiguille enfilée d'un fil double, comme si je voulais les exciser. Le but de cette manœuvre opératoire est d'empêcher les tumeurs de rentrer dans l'ampoule anale, lorsque la douleur engage le malade à serrer l'anus. Faisant tirer et maintenir les fils en dehors par deux aides, je prends un cautère en roseau, chauffé à blanc, je l'introduis dans l'anus, et, disant aux aides de lâcher un peu les fils, je laisse ainsi retomber les tumeurs sur le cautère. Celui-ci a été poussé dans la cavité anale à une profondeur de 3 à 4 centimètres. Je le laisse en place jusqu'à ce qu'il devienne noir. Je répète deux autres fois cette intromission, et je termine en plaçant sur l'orifice anal un cautère conique à sommet tronqué, chauffé à blanc. Cette dernière partie de la cautérisation a pour but de détruire la peau de l'anus qui concourt à la formation du bourrelet hémorrhoïdal. Dans l'opération, j'ai eu le soin de détruire les tumeurs jusqu'à ce que je sois arrivé aux fils qui les traversent. Cette cautérisation a été très douloureuse. Immédiatement après, je mets sur l'anus des compresses imbibées d'eau froide. Le malade a été tranquille dans la journée; la douleur s'est calmée peu à peu. »

Les conséquences immédiates de cette opération sont une douleur assez vive qui va rapidement en s'amendant; une plus ou moins grande difficulté d'uriner, ordinairement de la fièvre, parfois même un peu de délire; mais, dans les cas cités par M. Boyer, ces accidents se sont dissipés en peu de jours, et la guérison a été complète.

L'emploi des *caustiques*, tels que les acides, le chlorure d'antimoine, etc., est abandonné; car, outre la douleur qu'ils causent, il est difficile d'en borner les effets, et l'on peut atteindre le rectum et les tissus environnants.

M. le docteur Alex. Ure (1) a obtenu la guérison de tumeurs hémorrhoïdales ulcérées en les barbouillant avec de l'*acide chromique*.

M. Amussat emploie, pour la guérison radicale des hémorrhoïdes, la *cautérisation avec le caustique de Vienne*, et, pour cela, il a fait construire un *instrument particulier*. Voici la description de son procédé, que j'emprunte au mémoire qu'il a publié (2) et à l'extrait d'un article de la *Gazette des hôpitaux* où il est exposé (3).

« M. Amussat a imaginé, pour la cautérisation des hémorrhoïdes internes, un procédé nouveau qui nous paraît appelé à rendre désormais exécutable une opération devant laquelle la plupart des chirurgiens reculaient jusqu'ici à cause de ses dangers. Le procédé consiste à étreindre entre les mors d'une pince chargée de caustique de Vienne, le pédicule ou la base de l'hémorrhoïde, qui tombe au bout de quelques jours, flétrie et gangrenée. L'instrument dont M. Amussat se sert pour pratiquer cette opération est composé de deux branches semblables inférieurement à celle d'une pince à disséquer, mais bifurquées dans leur tiers supérieur. Cette bifurcation supporte deux cylindres droits, creux, de 6 centimètres de long et de 5 millimètres de diamètre. Au moyen d'une lame demi-circulaire, qui re-

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, mai 1845, p. 246.

(2) *Mém. sur la destruction des hémorrh. par la cautéris. circul. de leur pédicule avec le caust. de potasse et de chaux*: Paris, 1846, in-8.

(3) *Gaz. des hôp.*, janvier 1849.

couvre à volonté la rainure qu'ils présentent, lame qui se manœuvre au moyen de deux petits anneaux, le caustique peut être mis à l'abri du contact de l'air extérieur, ou des parties sur lesquelles est appliqué le cylindre, ou en contact avec ces parties. Un écrou, courant sur une vis courbe, permet de rapprocher les deux branches, et, par conséquent, les deux cylindres l'un de l'autre, et d'exercer sur les parties qu'ils comprennent une compression aussi forte que l'opérateur le désire.

» Voici comment on se sert de cet instrument : une fois l'hémorrhoïde saisie, on serre l'écrou, on découvre le caustique coulé dans les rainures ou gouttières des cylindres (caustique de Vienne, chaux et potasse) ; et pendant que l'instrument agit à la fois par compression et par cautérisation, un jet d'eau froide, dirigé avec une seringue sur l'hémorrhoïde, enlève le superflu du caustique et amortit la sensation de brûlure.

» M. Amussat a déjà appliqué trois fois ce procédé ; et, chaque fois, un succès complet et rapide a couronné cette heureuse tentative. Dans l'un de ces cas, il s'agissait de quatre tumeurs hémorrhoïdales volumineuses, datant de plusieurs années, et qui avaient déjà miné une très forte organisation ; ces tumeurs furent détruites en deux fois, sans qu'il survînt aucun accident. Grâce à cet instrument, il est permis d'espérer, avec M. Amussat, qu'à l'avenir la cautérisation des tumeurs hémorrhoïdales internes sera désormais d'une application aussi sûre que facile. »

On a proposé, après Galien, de réunir la *ligature à l'excision*, c'est-à-dire de lier d'abord les tumeurs et de les exciser ensuite. Mais cette pratique, qui n'aurait d'autre avantage que de s'opposer à l'hémorrhagie, est abandonnée, parce qu'on a des moyens plus efficaces de prévenir cet accident.

C'est l'*excision* seule qui est aujourd'hui mise en usage, et l'on trouve dans tous les traités de pathologie la manière fort simple de la pratiquer. Mais il est une question que je ne dois pas passer sous silence : Faut-il enlever toutes les tumeurs, ou en laisser une, comme le voulait Hippocrate, dont l'opinion a été partagée ensuite par la plupart des médecins ? Montègre se prononce contre cette pratique, par la raison que ce n'est pas ordinairement par les tumeurs, mais par la membrane muqueuse que s'écoule le sang. Mais, ainsi que nous l'avons vu plus haut, cette question ne peut être résolue ainsi. Les recherches modernes ont, en effet, prouvé que c'est bien par la rupture des tumeurs, ou du moins par leur surface, que se fait jour le flux hémorrhoïdal. Toutefois on n'hésite pas à enlever toutes les tumeurs, parce qu'on peut ensuite remédier, par l'application des sangsues, à la suppression du flux. Les mêmes raisons avaient engagé quelques chirurgiens à extirper les tumeurs les unes après les autres ; mais, ainsi que nous venons de le voir, elles sont regardées comme ayant peu de valeur.

Hémorrhagie consécutive. L'accident le plus grave qui puisse résulter de l'excision, surtout quand il s'agit d'hémorrhoïdes internes, c'est l'hémorrhagie. Cette hémorrhagie peut donner lieu à un écoulement de sang au dehors ; mais en même temps ce liquide s'accumule dans l'intérieur du rectum, et il y a alors à la fois hémorrhagie interne et externe. Il n'est pas rare de voir l'hémorrhagie interne exister seule.

Le malade a la première conscience de l'écoulement de sang dans le rectum, lorsqu'il sent une chaleur douce dans le bas-ventre, bientôt suivie de la distension

de l'organe. Toutefois ces phénomènes n'excitent pas ordinairement l'alarme, et l'on ne songe à l'hémorrhagie que lorsque surviennent les horripilations, le froid des extrémités, la pâleur de la face, les sueurs, en un mot les symptômes généraux de l'hémorrhagie interne, que nous avons eu souvent occasion de signaler. Je ne peux mieux faire, pour indiquer les moyens propres à remédier à cet accident, que de transcrire ici le passage que M. Bérard leur a consacré (1).

TRAITEMENT DE L'HÉMORRHAGIE CONSÉCUTIVE.

« On prescrit au malade de faire des efforts de défécation pour évacuer les caillots ; on administre des lavements froids, rendus astringents par l'addition de l'alun en dissolution, ou de la décoction de tan, de noix de galle. On administre en même temps à l'intérieur les astringents usités dans les cas analogues. On peut encore poser sur le point saignant, qui est amené au dehors par les efforts de défécation, une dissolution d'alun, du sulfate de fer ou de cuivre, que l'on applique soit avec un pinceau, soit avec des boulettes de charpie. Lorsque ces moyens sont insuffisants, il faut recourir sans délai à la cautérisation ou au tamponnement.

» On a conseillé d'employer la cautérisation immédiatement après l'excision, afin de prévenir l'hémorrhagie. Mais comme cette pratique n'est point elle-même sans inconvénients graves, il vaut mieux attendre que le besoin s'en fasse sentir, en ayant soin toutefois de suivre avec sollicitude les phénomènes qui succèdent à l'opération, et de préparer à l'avance tout ce qui peut être nécessaire pour opérer la cautérisation avec la plus grande promptitude, dès que les premiers symptômes d'hémorrhagie se manifestent. On pratique la cautérisation avec le fer rouge introduit au moyen d'un spéculum.

» *Tamponnement*. Lorsqu'on agit assez promptement, il est rare que le tamponnement, convenablement pratiqué, ne suffise pas pour arrêter l'hémorrhagie. J.-L. Petit tamponnait au moyen d'un gros bourdonnet de charpie lié par deux fils croisés dont les chefs ressortaient par l'anus. Ce bourdonnet était enfoncé aussi haut que possible dans le rectum ; entre les quatre liens, il plaçait en dehors de l'anus un bourdonnet volumineux et résistant sur lequel il les nouait, de telle sorte que les parties saignantes se trouvaient comprimées entre le tampon intérieur, amené en bas, et l'extérieur porté en haut. L'appareil était complété par des compresses épaisses et un bandage en T. — Boyer s'est servi avec succès d'un morceau de toile carré dont il enfonçait le milieu dans l'intestin. Au centre de la bourse ainsi formée, il entassait une quantité suffisante de charpie ; puis, tirant à lui les chefs de la compresse, il en amenait le fond, ainsi que la masse qui l'emplissait, contre l'anus, de manière à comprimer avec force les parties intéressées dans l'opération. Dupuytren a employé avec autant d'avantage une vessie introduite dans le rectum et remplie de la même manière.

» M. Bégin (2), considérant que ces procédés présentent le grave inconvénient de retenir dans l'intestin les gaz et les matières stercorales, donne le conseil de se servir d'une canule en argent ou en gomme élastique, longue de six à huit pouces, ouverte à ses deux extrémités, et garnie d'une chemise de toile convenablement large, semblable à celle dont se servait Dupuytren contre les hémorrhagies pro-

(1) *Dict. de méd.*, t. XV, art. HÉMORRHOIDES.
(2) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. HÉMORRHOIDES.

fondes et en nappe qui succèdent à la cystotomie latéralisée. A l'aide de cet instrument, dit-il, on peut tamponner le rectum avec autant de force que d'exactitude, en même temps que les excisions gazeuses conservent leur liberté, et que l'on peut même porter dans l'intestin les injections nécessaires pour calmer son irritation, ou entraîner les matières qui l'emplissent. »

Dupuytren (1) a proposé, pour éviter l'hémorrhagie qui suit l'incision, de ne point les extirper à leur base, et de n'en enlever qu'une portion saillante en dehors. En agissant ainsi, on laisse en apparence, dit-il, une masse assez considérable à la marge de l'anus qui pourrait faire croire qu'on n'a point emporté une quantité suffisante du bourrelet ; mais avec la cicatrisation tout rentre dans l'ordre, et l'ouverture revient à l'ordre normal ; car on n'a pas à craindre, comme dans l'extirpation complète, un rétrécissement consécutif de l'anus.

Enfin, pour obvier à l'accident qui vient d'être indiqué, MM. Jobert (2) et Velpeau (3) ont proposé des procédés particuliers. Voici d'abord celui de M. Jobert : « Après avoir, dit-il, par l'administration d'un lavement, ou en faisant faire au malade des efforts de défécation, provoqué l'issue des tumeurs hémorrhoïdales, je les saisis avec des pinces érignes de manière à les maintenir au dehors pendant tout le temps nécessaire à l'opération ; avec un bistouri convexe, conduit en dédolant de dedans en dehors, je les divise lentement, et à mesure qu'un vaisseau fournit du sang, j'en opère la ligature au moyen d'un fil simple ; mais pour prévenir l'hémorrhagie consécutive, il est nécessaire non seulement de lier toutes les artères, mais encore toutes les veines un peu considérables. Si, lorsqu'au bout d'un certain temps, la crispation causée par la douleur ayant cessé, et le cœur ayant repris sa force d'impulsion, la plaie épongée ne fournit plus de sang, on peut alors l'abandonner à elle-même sans crainte ; une hémorrhagie consécutive est impossible. »

PROCÉDÉ DE M. VELPEAU.

« Espérant, dit M. Velpeau, éviter mieux l'hémorrhagie, l'inflammation et l'infection purulente, j'ai imaginé de réunir les plaies de l'excision des tumeurs ou des bourrelets hémorrhoïdaux, par première intention. Pour cela, je fixe au dehors, avec une érigne, chaque tumeur à enlever, et j'en traverse la racine avec un nombre suffisant de fils. Coupant aussitôt les tissus au devant avec le bistouri ou de bons ciseaux, je n'ai plus qu'à saisir successivement tous les fils pour les nouer et compléter autant de points de suture simple. Les mèches, le tamponnement, sont alors inutiles, et la guérison est souvent complète du dixième au quinzième jour. »

Un autre accident résultant de l'excision, et qui, dans quelques cas, est fort grave, a été signalé par M. J. Burne : c'est la *cicatrisation incomplète*. Il en résulte, surtout pendant les efforts de la défécation, des douleurs très violentes, qui, ainsi que l'a remarqué cet auteur, peuvent rendre l'existence insupportable. Pour s'opposer à cette conséquence fâcheuse, il faut avoir soin, après les jours qui suivent l'opération, de tenir le ventre libre, d'empêcher, à l'aide de lavements, le contact irri-

(1) *Leçons orales*, t. I, p. 348.
(2) *Gaz. méd. de Paris*, 1840.
(3) *Nouv. élém. de méd. opératoire*; Paris, 1839, t. III, p. 795.

tant des matières fécales, et de favoriser la cicatrisation à l'aide de pommades astringentes.

Il faut en outre indiquer, comme pouvant être la conséquence de l'excision, le *rétrécissement du rectum* signalé en particulier par J.-L. Petit et Boyer. Ce dernier a réussi à le faire disparaître en pratiquant plusieurs incisions au pourtour de l'anus, et en dilatant ensuite à l'aide des mèches.

La simple *incision* a également été proposée, ainsi que la *rescision;* mais ces moyens ne sont pas généralement adoptés. M. P. Bérard a appliqué au traitement des hémorrhoïdes une opération mise en usage par Dupuytren contre la chute du rectum : c'est l'*excision des plis radiés de l'anus*, et il l'a fait, dit-il avec succès dans plusieurs cas. M. Laugier (1) a également mis ce procédé en usage dans un cas d'hémorrhoïdes avec chute du rectum, et, six mois après, la malade était complétement guérie, quoiqu'à son entrée à l'hôpital Beaujon le bourrelet hémorrhoïdal fût énorme. Voici comment M. Bérard explique la disparition des tumeurs: « On peut, dit-il, s'expliquer ce fait, en pensant que l'inflammation traumatique qui suit l'excision des plis de l'anus, venant à se propager au tissu cellulaire qui double la membrane sujette au renversement, ce tissu, comme il arrive constamment par le travail inflammatoire, perd sa laxité, sa souplesse, et tient accolée aux parois du rectum la membrane qu'il double. Cet effet se fait sentir aux tumeurs hémorrhoïdales qui, retenues à l'intérieur du rectum, ne sont plus entraînées dans la chute de cet intestin. »

Quel que soit le procédé que l'on ait mis en usage, il faut ensuite, pour assurer la solidité de la guérison, avoir recours à différents moyens qui consistent dans l'emploi local des remèdes astringents, et dans l'usage de légers laxatifs, en même temps qu'on insiste sur un régime sévère, et qu'on prévient le rétrécissement de l'anus par l'introduction des *mèches*. Voici la pommade que le docteur Smith (2) vante comme très utile en pareil cas :

℞ Axonge................	30 gram.	Opium en poudre..........	4 gram.
Noix de galle en poudre très fine................	4 gram.	Onguent mercuriel.........	8 gram.

On fait avec cette pommade des frictions matin et soir sur l'anus, et l'on en introduit une petite quantité dans le rectum.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que, malgré toutes les précautions précédentes, il faut toujours veiller à ce que la suppression du flux hémorrhoïdal ne détermine pas d'accidents, car c'est une précaution commune à tous les traitements curatifs. Nous verrons quels seront en pareil cas les moyens à prendre lorsqu'il s'agira de la suppression des hémorrhoïdes. Je n'ai pas cru devoir parler de la *compression*, qui est aujourd'hui généralement abandonnée.

2° *Traitement palliatif.* Les nombreux accidents qui sont occasionnés par les hémorrhoïdes demandent ordinairement à être traités chacun en particulier.

Traitement de la douleur. Le premier de tous est la *douleur*. On a, contre cette douleur, mis en usage un très grand nombre de préparations diverses, dont les principales consistent dans des pommades où l'on incorpore, à des doses assez

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1840.
(2) *North Amer. Arch.*; Baltimore, avril 1835.

considérables, des médicaments *narcotiques*. On pourra par conséquent mettre en usage les suivantes :

℞ Extrait d'opium..........	4 gram.	Axonge..................	30 gram.

Mêlez exactement. Faire de légères frictions sur l'anus plusieurs fois dans la journée, et introduire un peu de cette pommade dans le rectum.

Une même dose d'extrait de jusquiame, de belladone, fait la base des autres pommades.

On a recommandé aussi l'*onguent populeum* avec ou sans addition d'opium, des suppositoires en *beurre de cacao*, des suppositoires calmants, le suivant, par exemple :

℞ Opium..............	0,10 gram.	Savon................	0,40 gram.

F. s. a. un petit suppositoire qu'on introduit dans le rectum.

Je citerai de plus le *liniment sédatif de Buchan*, ainsi composé :

℞ Onguent populeum	60 gram.	Jaunes d'œufs frais...........	n° 2.
Laudanum liquide......	16 gram.		

Imbibez des bourdonnets de charpie de ce liniment, et appliquez-les sur les hémorrhoïdes douloureuses.

Mais il ne faut pas oublier que la douleur, souvent excessive, qui résulte des hémorrhoïdes, est produite soit par la simple distension et par l'afflux du sang, soit par une inflammation réelle. Aussi voit-on bien souvent les moyens précédents manquer complétement leur effet. Lorsqu'il n'y a pas d'inflammation réelle, que les symptômes sont simplement le résultat de la congestion, on y remédie par l'application des *sangsues*, par la *ponction* ou l'*incision des tumeurs*, et par l'application des *émollients* aidés de doux *minoratifs* et d'une diète assez sévère. Les sangsues doivent être appliquées en assez grand nombre pour opérer une déplétion notable ; vingt, vingt-cinq seront employées, et à plusieurs reprises si le cas l'exige. Des médecins ont proposé d'appliquer ces sangsues sur les tumeurs hémorrhoïdales elles-mêmes ; mais, comme le fait remarquer en particulier B. Brodie, cette application est très douloureuse, et il peut en résulter une inflammation assez vive : aussi la plupart des médecins appliquent-ils les sangsues autour des tumeurs hémorrhoïdales.

Une *incision* peu étendue, faite sur les tumeurs avec la pointe d'une lancette, procure une évacuation sanguine dont les résultats sont de faire cesser la tuméfaction, et par suite la douleur. C'est sur les points saillants et comme demi-transparents qu'on doit pratiquer ces petites mouchetures, car c'est là que le sang est accumulé dans les cellules dont nous avons parlé plus haut. Brodie propose de remplacer cette incision par des *piqûres* faites avec une aiguille, de manière à pénétrer au centre de la tumeur ou à la transpercer. Il n'est pas rare de voir, après cette piqûre, le sang jaillir avec une certaine force. Les cataplasmes émollients ou laudanisés doivent être ajoutés à ce traitement ; mais il ne faut pas surtout oublier la *position :* le malade doit être couché, le siége un peu élevé, de manière à ce que le sang n'afflue pas vers le rectum.

Il est un autre moyen mis en usage contre la douleur, et que j'ai voulu indiquer à part, parce qu'il offre quelque chose de particulier : c'est la pommade proposée par le docteur Burne, et qui est ainsi composée :

℞ Poudre d'ellébore noir.....	4 gram.	Axonge..................	30 gram.

Faire faire, matin et soir, des frictions sur les tumeurs.

Ce qu'il y a de particulier dans l'emploi de cette pommade, c'est qu'il en résulte promptement une très grande augmentation de la douleur ; mais, ainsi que l'a observé M. Burne, cette exaspération n'est que momentanée, et au bout d'une demi-heure elle a disparu ou considérablement diminué.

Traitement de l'inflammation. Lorsque la tumeur est due à une *inflammation*, c'est celle-ci qu'il faut combattre, et pour cela le traitement se présente naturellement. Les sangsues, comme dans le cas précédent, mais en plus grand nombre, la saignée générale, les bains tièdes, les applications émollientes, les cataplasmes laudanisés, etc., doivent être mis en usage, ainsi qu'on le fait dans tous les cas d'inflammation locale. Sous ce rapport, les hémorrhoïdes ne présentent rien qui leur soit propre.

Il est quelques médicaments qu'on applique à tous les cas où la douleur est vive, et souvent sans s'informer de la cause de cette douleur. Je citerai en particulier la *pâte de Ward*, dans laquelle le docteur Brodie a une très grande confiance. Cette pâte est ainsi composée :

℞ Poivre noir........ / Racine d'aunée......	ââ 500 gram.	Miel................ / Sucre blanc..........	ââ 1000 gram.
Semence de fenouil...	1500 gram.		

On en prend, gros comme une noisette, trois ou quatre fois par jour.

Sir Ev. Home ayant administré cette pâte à un de ses malades, celui-ci, au lieu de la prendre par la bouche, en introduisit une assez grande quantité dans le rectum, et cette pratique eut un tel succès, que ce médecin continua à la mettre en usage.

Le *poivre cubèbe* et le *baume de copahu* ont été administrés dans le même but. Le premier est donné à la dose de 1,25 grammes deux ou trois fois par jour, et le second, recommandé par le docteur Brodie, est joint de la manière suivante à la *liqueur de potasse* (mélange de 360 grammes de sous-carbonate de potasse et de 180 grammes de chaux vive, sur lesquels on jette 4 litres d'eau distillée bouillante) :

℞ Baume de copahu.......	2 gram.	Mucilage de gomme adragante.	4 gram.
Liqueur de potasse......	15 goutt.	Eau de cannelle...........	30 gram.

A prendre en trois doses dans la journée.

Je ne multiplierai pas ces citations; je ferai seulement remarquer que ces diverses préparations ont des propriétés excitantes marquées, et que tout porte à croire qu'on aurait très grand tort de les mettre en usage dans les cas où il y aurait une inflammation d'une certaine intensité. Cependant la pâte de Ward a une telle réputation en Angleterre, qu'on la prescrit, ainsi que je l'ai dit plus haut, dans presque tous les cas sans distinction.

Traitement du flux hémorrhoïdal. Le flux hémorrhoïdal, lorsqu'il ne dépasse pas certaines limites, est toujours respecté. Nous avons vu même, d'après plusieurs observations citées plus haut, que, lorsqu'il offre une grande abondance, il ne faut pas trop se hâter de l'arrêter ; car , quoiqu'on ait évidemment exagéré la quantité de sang que les malades ont pu perdre sans en être incommodés, il est certain qu'on ne peut pas d'avance assigner les limites dans lesquelles la perte de

sang peut avoir lieu sans être fâcheuse. Le médecin en juge facilement d'après l'état dans lequel se trouve le malade. S'il conserve sa force, s'il ne pâlit pas, si le pouls n'est pas déprimé, etc., on ne doit pas se presser d'arrêter l'hémorrhagie ; mais si le contraire avait lieu, il faudrait employer des moyens propres à modérer le flux hémorrhoïdal ou à le supprimer complétement. Dans le premier cas, le *repos absolu*, le *décubitus* dorsal, le bassin étant notablement élevé, une *diète sévère*, des boissons *acidulées* surtout avec les *acides minéraux* (voy. *Épistaxis*) et à une température basse, les *demi-bains frais*, les injections, les *douches ascendantes froides*, les lotions avec l'*eau blanche*, l'*eau de Goulard*, etc., modèrent promptement le flux trop abondant. Le docteur J. Burne met en usage, en pareil cas, le mélange suivant :

℞ Huile de térébenthine....	2 gram.	Eau de gruau........	1 cuill. à bouche
Jaune d'œuf............	n° 1.		

Prendre cette dose deux ou trois fois par jour.

On peut remplacer, dans cette préparation, la térébenthine par le *baume de copahu*, et l'on peut voir d'ailleurs ce que j'ai dit plus haut de cette substance.

Enfin les divers *moyens antihémorrhagiques*, tels que l'extrait de *ratanhia* à la dose de 4 ou 6 grammes dans une potion, le *seigle ergoté* en poudre, à la dose de 3 grammes par jour, pris en trois fois, ou bien en infusion, le *tannin*, etc., complètent le traitement.

Mais si l'hémorrhagie était assez abondante pour compromettre les jours du malade, il faudrait nécessairement mettre en usage des moyens plus efficaces. Dans un cas semblable, Scultet (1) eut recours au *cautère actuel*, appliqué sur les tumeurs, et obtint un succès très prompt. Les autres *caustiques* peuvent être également employés ; mais on doit se rappeler à cet égard les réflexions que j'ai présentées plus haut à l'occasion de ces médicaments. Si malgré tous ces moyens l'hémorrhagie persistait, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer l'*ablation des tumeurs* par une des opérations précédemment indiquées.

Quoique l'hémorrhagie n'entraîne pas les dangers que je viens de signaler, elle peut cependant, par ses retours fréquents et par sa persistance, jeter les malades dans un *état anémique* assez grave. En pareil cas, après avoir, par les moyens qui viennent d'être mentionnés, modéré ou supprimé l'écoulement de sang, il faut mettre en usage les moyens propres à combattre l'anémie, les accidents nerveux et les troubles digestifs qui en sont la conséquence. Mais cette espèce d'anémie ne présentant rien de particulier, je dois renvoyer pour son traitement à l'article spécial, dans lequel j'ai traité de cette affection (2).

Traitement des fissures et des ulcérations. Une autre complication des hémorrhoïdes, c'est, comme nous l'avons vu plus haut, la production de fissures, d'ulcérations qui causent une douleur plus ou moins vive, qui donnent lieu ordinairement à un écoulement blanc par l'anus, et qui quelquefois déterminent l'hémorrhagie dont nous venons de parler. S'il existe une ou plusieurs fissures, elles doivent être traitées par les moyens dirigés contre cette affection. Cependant je dois dire qu'en pareil cas on n'est pas porté à recourir aux diverses opérations proposées par les

(1) *Arsenal de chirurgie*, p. 217.
(2) Voy. *Anémie*, t. II.

a uteurs. On emploie surtout les pommades, comme la pommade à l'*extrait de belladone*, d'*opium*, etc. Une préparation qui m'a complétement réussi chez un sujet, et qui se rapproche de celle que Dupuytren employait contre la fissure simple, est la suivante :

℞ Carbonate de plomb....... 5 gram. | Axonge................. 30 gram.

Mêlez exactement. Pour onctions sur la fissure, deux ou trois fois par jour, surtout après l'acte de la défécation.

La même pommade pourrait être employée contre les ulcérations superficielles du sommet des tumeurs ; mais si celles-ci donnent lieu à une hémorrhagie trop considérable, comme on l'observe quelquefois, il faut, ainsi que le recommande M. Bérard, *exciser*, avec des ciseaux courbes sur le plat, le sommet de ces tumeurs ainsi ulcérées.

Traitement de la chute du rectum. Lorsque les tumeurs sont anciennes, elles entraînent, avons-nous dit, pendant les efforts de la défécation, l'intestin relâché, et produisent une chute du rectum. Les malades se contentent ordinairement alors de faire rentrer les tumeurs en les comprimant. Mais si les désordres sont très considérables, il peut arriver que le bourrelet hémorrhoïdal ne puisse plus être contenu dans le rectum, et qu'il s'échappe au dehors au moindre mouvement. C'est pour obvier à cet inconvénient qu'on a imaginé divers *bandages* qui tous ont pour pièce principale une pelote ovale destinée à presser sur l'anus. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'insister davantage sur ce point. J'ajouterai seulement, d'après une observation de M. Guyot (1), que la compression continue, exercée par un de ces bandages, a suffi, dans un cas, pour opérer la guérison complète d'hémorrhoïdes fort graves.

Traitement du bourrelet hémorrhoïdal étranglé et de la gangrène consécutive. Il peut arriver aussi, comme nous l'avons vu, que le bourrelet hémorrhoïdal, sorti pendant l'acte de la défécation, ne puisse plus rentrer, et se trouve étranglé. Si l'on est appelé promptement, on doit espérer de pouvoir pratiquer la réduction, et l'on doit se hâter de le faire. Pour cela on commence par appliquer sur la tumeur des compresses imbibées d'*eau froide*, et lorsque les tissus paraissent un peu contractés, on fait placer le malade sur les genoux et sur les coudes, et l'on exerce sur la tumeur une *compression* douce que l'on augmente graduellement. La rentrée des tumeurs est favorisée par des onctions d'huile ou d'un autre corps gras faites à leur surface.

« Au moment, dit M. Bérard, où la tumeur, franchissant l'anus, tend à remonter comme spontanément, le chirurgien doit recommander au malade de retenir autant que possible tout effort de défécation, pour éviter la sortie immédiate du bourrelet par suite de ces efforts qui sont en partie involontaires ; et pour que la réduction soit plus complète, le chirurgien doit suivre avec le doigt la masse déplacée à mesure qu'elle se replace dans le rectum. Le doigt, introduit aussi profondément que possible, devra être conservé dans cette position, jusqu'à ce que l'irritation causée par l'opération elle-même ait en partie cessé, et que le volume de la tumeur ait encore diminué par l'effet de cette pression et la cessation de l'étranglement. Alors on retire le doigt lentement avec précaution, et l'on applique rapidement sur l'anus et

(1) *Arch. gén. de méd.*, 2e série, 1836, t. XII, p. 497.

le périnée une éponge fine imbibée d'eau froide et d'une solution d'opium. Cette éponge sera maintenue en place par le malade lui-même, qui, par ce moyen, exercera une compression sur la région anale, jusqu'à ce qu'il ne sente plus se reproduire les efforts qui menacent de déplacer de nouveau les tumeurs. Après cette opération, lorsqu'on pense qu'il est nécessaire de provoquer une selle, ce qu'on ne doit jamais attendre trop longtemps, un lavement d'eau froide est ce qui convient le mieux. Le malade évitera toute espèce d'effort, et si un nouveau déplacement vient à s'opérer, il devra faire immédiatement des lotions froides sur la tumeur, se placer sur le dos, et opérer la réduction. »

M. Hake (1) recommande, lorsqu'on a fait rentrer le paquet hémorrhoïdal, de le maintenir en place en rapprochant les fesses au moyen de *bandelettes agglutinatives.* C'est une précaution qu'il ne faut pas négliger.

Mais il arrive assez souvent, soit que le médecin soit appelé trop tard, soit que le malade ne veuille pas se soumettre à une manœuvre très douloureuse, que le bourrelet ne rentre pas. C'est alors que survient la *gangrène* dont nous avons parlé plus haut. En pareil cas, il faut surveiller attentivement la tumeur, mettre en usage la saignée générale plus ou moins répétée, d'abondantes saignées locales par les sangsues, maintenir toujours sur le bourrelet étranglé des fomentations et des cataplasmes émollients. Sous l'influence de ce traitement, les tumeurs peuvent s'affaisser, devenir moins douloureuses et rentrer. On atteint encore plus facilement ce but en pratiquant sur elles des *mouchetures*, des *piqûres* avec une aiguille, de manière à les vider, autant que possible, du sang qu'elles contiennent. Si, malgré tous ces moyens, la gangrène se produisait, il ne faudrait pas se hâter, comme le voulait Ledran, d'extirper le bourrelet hémorrhoïdal; il arrive presque toujours, en effet, que la partie la plus saillante de ce bourrelet tombe en gangrène sous forme de détritus grisâtre, brunâtre ou verdâtre, et qu'après avoir fait l'excision de ces parties mortifiées sans qu'il survienne aucune hémorrhagie, on voit rentrer les tumeurs, qui parfois même ne se reproduisent plus. Si toutefois la marche de la gangrène faisait craindre que les parties profondes ne fussent envahies, on ne devrait pas hésiter à pratiquer l'ablation complète du bourrelet.

Traitement de la leucorrhée anale. Quant à ce qu'on a appelé hémorrhoïdes blanches et leucorrhée anale, j'ai peu de chose à en dire ; car, si elles sont liées aux ulcérations dont j'ai parlé plus haut, c'est le traitement propre à celles-ci qu'il faut mettre en usage ; et si elles sont dues seulement à une inflammation chronique de la muqueuse, de légères *cautérisations* avec une solution de nitrate d'argent, des *lotions avec de l'eau alumineuse*, etc., sont, comme chacun sait, les moyens employés en pareil cas.

Moyens divers. J'ai indiqué jusqu'à présent les principaux moyens propres à guérir les hémorrhoïdes ou à combattre les symptômes qui viennent les compliquer. Je pourrais en ajouter beaucoup d'autres dont quelques uns ont joui d'une très grande réputation ; mais l'efficacité de ces médicaments n'étant pas suffisamment appuyée sur les faits, il n'y aurait pas grand avantage à multiplier les citations. Je me contenterai donc d'indiquer ce qui suit.

Sous le nom de *suppositoire antihémorrhoïdal*, on a désigné la préparation suivante :

(1) *Lond. med. Gaz.*, 1848.

℞ Charbon de liége....... / Cire.................	ââ 1 partie.	Beurre frais............ 2 parties.

Le charbon de liége agit-il en pareil cas? et s'il agit, quelle est son action? C'est ce qu'il ne nous est pas permis de dire.

Le docteur Wardleworth assure avoir guéri un bon nombre d'hémorrhoïdes, ou du moins avoir fait disparaître complétement les principaux accidents par l'usage de la *poix noire* à la dose suivante :

℞ Poix noire.................. 0,70 gram.

Pour 12 pilules. A prendre 2 chaque soir, en ayant soin de maintenir le ventre libre.

Le docteur Demetri a proposé la pommade qui suit contre les hémorrhoïdes externes :

℞ Fleurs de soufre.........	4 gram.	Thridace................	2 gram.
Gomme arabique en poudre.	12 gram.	Suie bien lavée..........	30 gram.

Plusieurs onctions par jour. Faites laver peu après avec l'eau de guimauve.

On voit, d'après ces citations, combien il serait inutile d'insister sur ces détails.

Moyens pour rappeler les hémorrhoïdes supprimées. Il est une question très importante qu'on ne peut s'empêcher de traiter en détail. Lorsque, après la suppression, soit spontanée soit provoquée, les sujets présentent quelques accidents que l'on peut rapporter à cette suppression du flux hémorrhoïdal, on s'efforce de rappeler celui-ci. Sans doute on a, comme je l'ai dit plus haut, beaucoup exagéré l'influence de cette suppression, et c'est très gratuitement qu'on lui a attribué l'apparition d'un bon nombre de maladies, telles que le rhumatisme, les affections de poitrine, etc.; mais on conçoit très bien que, dans un certain nombre de cas, la cessation rapide d'un flux auquel l'économie est habituée donne lieu à des troubles considérables de l'organisme.

Pour rappeler la fluxion hémorrhoïdale, on a eu, comme je l'ai dit, principalement recours aux purgatifs, et en particulier à l'*aloès*. La formule employée par Dupuytren est la plus simple, et, par conséquent, je dois l'indiquer ici :

℞ Axonge................	30 gram.	Aloès succotrin...........	4 gram.

Faites avec cette pommade, trois ou quatre fois par jour, des frictions sur la région anale.

Dupuytren a mis en usage avec succès cette pommade dans plusieurs cas, et principalement chez un sujet affecté d'ophthalmie.

Pinel recommandait l'emploi de l'aloès succotrin à l'intérieur, et voici sa formule, légèrement modifiée par M. Requin (1) quant à la quantité :

℞ Aloès succotrin........ / Poudre de réglisse......	ââ 1 gram.	Miel..................... Q. s.

Faites 20 pilules. A prendre de 3 à 10, le soir avant de se coucher.

M. Trousseau (2) a cité plusieurs cas dans lesquels il a réussi à rappeler les tumeurs hémorrhoïdales à l'aide du médicament suivant :

(1) *Élém. de path. méd.*, t. I, p. 101.
(2) *Journ. des conn. méd.-chir.*

℞ Beurre de cacao ou suif..... 4 gram. | Tartre stibié...... 0,10 à 0,30 gram.

F. s. a. un suppositoire qu'on introduit dans le rectum.

Les moyens que je viens d'indiquer sont loin de réussir toujours à rappeler le flux hémorrhoïdal et les tumeurs. En pareil cas, il faut en employer d'autres pour obvier aux inconvénients de la suppression. Les *sangsues aux cuisses*, *aux lombes*, *entre les épaules*, des *ventouses scarifiées* dans les mêmes points, un *régime sévère*, un *exercice* de tous les jours en plein air, la *privation des liqueurs alcooliques*, des *habitudes régulières*, seront prescrits au malade. Ce sont ces moyens qui ont été surtout recommandés dans les cas où une opération a enlevé complétement les hémorrhoïdes.

Pour terminer l'exposé de ce traitement, que je n'ai pas pu abréger, parce que les hémorrhoïdes sont une des affections qui se présentent le plus souvent dans la pratique, et qui peuvent le plus embarrasser le médecin, je dirai que les précautions hygiéniques qui viennent d'être recommandées dans les cas de suppression de flux, doivent être aussi prescrites aux sujets qui ont un flux hémorrhoïdal périodique auquel on ne veut pas s'opposer. Je crois qu'il serait inutile de présenter des ordonnances; car la plupart des cas demandent à être étudiés en particulier, et lorsqu'on est appelé par un sujet affecté d'hémorrhoïdes, c'est toujours pour quelqu'un de ces accidents sur le traitement desquels j'ai suffisamment insisté.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement curatif.* — *Hémorrhoïdes récentes.* Saignée générale, sangsues; purgatifs, calomel, tartrate de potasse; boissons, lotions, demi-bains, lavements d'eau froide; astringents. — *Hémorrhoïdes anciennes.* Opérations chirurgicales, ligature, caustiques, cautère actuel, excision; traitement de l'hémorrhagie à la suite de l'excision, tamponnement; incision, rescision; traitement après l'opération.

2° *Traitement palliatif.* — *Contre la douleur :* Narcotiques; saignées générales et locales; émollients. *Contre la distension :* Incision, piqûre des tumeurs. *Contre l'inflammation :* Antiphlogistiques; pâte de Ward; poivre cubèbe, baume de copahu. *Contre le flux hémorrhoïdal :* Huile de térébenthine; ratanhia; seigle ergoté; tannin; cautérisation; extirpation des tumeurs. *Contre l'anémie :* Moyens propres à cette affection. *Contre les fissures et les ulcérations :* Pommades narcotiques; pommade au carbonate de plomb; excision du sommet des tumeurs ulcérées. *Contre la chute du rectum :* Compression par des bandages. *Contre l'étranglement du bourrelet :* Réduction; antiphlogistiques, émollients; mouchetures, piqûres; ablation des parties gangrenées; extirpation du bourrelet. *Moyens divers :* Charbon de liége; poix noire; fleurs de soufre; suie. *Contre la suppression :* Aloès; suppositoire stibié; régime; soins hygiéniques.

ARTICLE XIX.

VERS INTESTINAUX.

Les vers intestinaux, et en particulier les ascarides lombricoïdes, sont ceux qui ont été le plus anciennement connus. On a publié, sur les accidents auxquels ils donnent lieu une foule d'écrits dont la plupart sont remarquables par l'exagération

de ces symptômes ; car presque tous les auteurs qui se sont occupés des maladies de l'enfance ont attribué aux vers intestinaux la plus grande influence sur la production de la plupart des maladies. C'est surtout à Brera (1), à Rudolphi (2), à Bremser (3), à M. Cruveilhier (4) que l'histoire de ces animaux parasites doit ses plus grands progrès. Récemment, MM. Rilliet et Barthez (5) lui ont consacré un article intéressant.

Je ne présenterai pas de généralités sur les vers intestinaux ; car, malgré tout l'intérêt qu'elles pourraient avoir sous d'autres rapports, elles sont loin d'être indispensables pour la pratique médicale, et je commencerai immédiatement l'histoire de ces vers par celle des ascarides lombricoïdes.

§ I. — Ascarides lombricoïdes.

L'ascaride lombricoïde a été, comme les autres vers, décrit avec le plus grand soin. Pour le praticien, sa ressemblance avec le lombric terrestre, qui lui a valu son nom, est assurément ce qu'il y a de plus important à mentionner ; aussi me contenterai-je d'indiquer très rapidement ses caractères. Cylindroïde, allongé, ayant ordinairement de 20 à 25 centimètres de long et de 2 à 5 millimètres de diamètre, l'ascaride est d'une couleur rose plus ou moins foncée, lisse, luisant et demi-transparent. Les deux extrémités sont amincies et surtout l'antérieure. La tête est marquée par une petite dépression circulaire surmontée de trois petites valvules. L'anus est placé tout près de l'extrémité postérieure. L'ouverture des organes génitaux de la femelle se trouve à la réunion des deux tiers antérieurs et du tiers postérieur. Le pénis du mâle est près de l'anus. Cette forme extérieure du corps est suffisante pour nous. J'ajoute seulement que le mâle est plus petit et plus court que la femelle (Brera).

C'est exclusivement dans l'intestin grêle que se développent les ascarides lombricoïdes ; nous verrons plus loin qu'on en a cependant trouvé dans des parties du corps très diverses ; mais il n'est guère douteux qu'en pareil cas ces vers n'aient quitté leur siége primitif pour se porter plus ou moins loin.

Causes. Il ne m'appartient pas d'examiner ici la question de savoir comment se produisent les vers dans l'intérieur du canal intestinal ; d'ailleurs la solution de cette question, dont je suis loin de nier l'importance, n'aurait pas un grand avantage pour la pratique. Je vais me borner à étudier les causes, abstraction faite de cette génération qui est encore si obscure.

Causes prédisposantes. L'*âge* a une influence non douteuse sur la production de ces entozoaires. D'après les recherches de Guersant (6), ils sont surtout fréquents de trois à dix ans ; cet auteur en a trouvé chez un vingtième des sujets dans cette période de la vie, tandis qu'auparavant on en rencontre à peine une ou deux fois sur plusieurs centaines d'enfants. Il est presque sans exemple que les enfants de moins de six mois en soient atteints ; quant à moi, je n'en ai jamais vu chez les nouveaux-nés. Il n'est pas extrêmement rare d'en rencontrer chez les adultes.

(1) *Traité des malad. verm.*, traduit de l'italien ; Paris, 1804, in-8.

(2) *Entoz. sive vermium intestinalium hist.* : Amstelod., 1808.

(3) *Traité zool. et physiol. sur les vers intest. de l'homme*, augmenté de notes par D. de Blainville ; Paris, 1837, 1 vol. in-8 et atlas de 15 planches in-4°.

(4) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. ACÉPHALOCYSTES, ENTOZOAIRES.

(5) *Traité des maladies des enfants*, t. III.

(6) *Dict. de méd.*, t. XXI.

On a dit que le *sexe féminin* prédispose particulièrement à cette affection; cependant cette opinion n'est appuyée sur aucun relevé exact. Quant à la *constitution*, c'est, suivant l'opinion générale, chez les enfants *lymphatiques* et *scrofuleux* que se montrent principalement les ascarides.

Relativement au *climat*, nous n'avons pas d'observations très précises; cependant, si l'on en croit quelques auteurs, ces vers sont très communs dans la Hollande et dans la Suisse; mais il faudrait tenir compte de la manière de vivre, ce que l'on n'a pas fait.

On a, en effet, attribué à la *nourriture* une influence très prononcée sur la production des ascarides, et l'on a accusé principalement le *régime végétal* de leur donner facilement naissance. Toutefois le *laitage*, nourriture animale, serait, d'après plusieurs auteurs, une cause au moins aussi efficace.

L'habitation d'un lieu froid et humide est également placée parmi ces causes. Enfin on a cité des affections vermineuses régnant sous forme *épidémique*.

Tout ce qu'il nous est permis de dire après avoir énuméré ces causes, c'est qu'il reste encore beaucoup à faire pour en préciser l'influence, et que les appréciations générales que nous ont données les auteurs auraient besoin d'être appuyées sur une analyse rigoureuse d'observations en nombre suffisant.

Les *causes occasionnelles* ne pourraient être recherchées que dans l'*introduction des germes* avec les aliments et les boissons; mais j'ai indiqué plus haut les motifs qui m'engagent à passer sous silence les questions de ce genre.

Symptômes. Rien n'est moins précis que la description des symptômes produits par les ascarides lombricoïdes; car on n'a pas suffisamment distingué ceux qui sont constants, ou du moins qui se présentent un nombre notable de fois, de ceux qui sont purement exceptionnels. Il en résulte que les signes attribués à la présence des vers dans le tube digestif sont extrêmement nombreux et variables. Pour prouver combien ces signes sont peu positifs, il suffit de dire que, de l'aveu des principaux auteurs, et de Bremser en particulier, parmi tous ces symptômes, dont on trouve partout un tableau effrayant, il n'en est point qui indique d'une manière certaine la présence des ascarides dans le canal intestinal, et que leur expulsion seule est caractéristique. Si donc je présente le tableau suivant, c'est moins comme l'expression exacte et rigoureuse de faits bien observés et analysés, que comme faisant connaître l'état de la science sur ce point. S'il était possible de rassembler un nombre suffisant d'observations, j'aurais tenté de combler cette lacune; mais les faits qu'on trouve rapportés çà et là l'ont été presque tous parce qu'ils présentaient quelque circonstance extraordinaire, en sorte qu'on n'obtiendrait, en les analysant, que des résultats fondés sur des cas exceptionnels.

Du côté du tube digestif, on a noté des *douleurs* particulières, des *coliques* quelquefois aiguës, des *picotements* ayant leur siége autour de l'ombilic, parfois une sensation difficile à définir, le sentiment d'un *corps qui se meut*, qui *rampe*, etc.; dans quelques cas particuliers, la sensation de picotements est portée à un très haut degré.

On a en outre noté une certaine *sensibilité du ventre à la pression*, du gonflement, du *ballonnement*, une *diarrhée* tantôt séreuse, tantôt légèrement sanguinolente. Mais les cas dans lesquels ces symptômes manquent ne sont pas rares, et de plus il faut noter qu'ils ne sont pas continus, mais qu'ils se montrent très sou-

vent à des intervalles variables, et qu'on peut les attribuer à toute autre cause qu'à la présence des ascarides; en outre, nous verrons plus loin que ces mêmes phénomènes ont été attribués aux autres vers intestinaux.

Du côté de l'estomac, on a observé la *perte* plus ou moins grande de l'*appétit* des *éructations* fréquentes, parfois des *vomissements glaireux*. On a également remarqué, chez un certain nombre de sujets, l'*enduit limoneux de la langue*, l'acidité, la fadeur ou la fétidité de l'*haleine*, et une augmentation plus ou moins marquée de la *soif*. Des auteurs ont dit que la salive afflue dans la bouche. M. le docteur Romans (1) a cru trouver un caractère pathognomonique dans l'état de la langue. Cet organe présente, suivant lui, de petits points tuberculeux, rouges, saillants, isolés, qu'on voit principalement sur ses bords. L'exactitude de cette assertion n'a point été confirmée par les autres auteurs.

On a cité un grand nombre de *phénomènes nerveux* dus à la présence des ascarides dans l'intestin. Ce sont la *somnolence*, la *céphalalgie*, l'*abattement*, ou bien l'*agitation*, l'*excitation*, la *dilatation des pupilles*. Dans quelques cas rares on a observé des palpitations nerveuses et même des lipothymies.

On a remarqué que les enfants se *frottaient fortement le nez*, et qu'ils *étaient* sujets aux *hémorrhagies nasales*.

La *face* est pâle, plombée, parfois rouge cependant; les *yeux* sont abattus, entourés d'un cercle noirâtre.

Enfin on a noté une petite *toux* sèche, et surtout l'accélération avec irrégularité du *pouls* qui serait, d'après quelques médecins, un excellent caractère pour reconnaître la présence des vers intestinaux. MM. Rilliet et Barthez ont trouvé, dans un cas, le *ralentissement* du pouls coïncidant avec l'irrégularité.

On voit combien d'incertitudes règnent encore sur l'histoire pathologique des vers intestinaux. Il est possible que les phénomènes auxquels ils donnent lieu soient tellement variables qu'on ne puisse pas en donner un tableau général, et c'est ce qui paraît résulter des faits recueillis par MM. Rilliet et Barthez; mais ne pourrait-on pas espérer de pouvoir établir, par des recherches exactes, des groupes de symptômes qui, dans certains cas du moins, permettraient d'arriver à un diagnostic assez positif? En attendant, il faut le répéter, on ne peut que soupçonner la présence de l'ascaride lombricoïde dans le canal intestinal, tant que les sujets n'ont pas rendu quelques uns de ces vers par la défécation ou par le vomissement.

Accidents produits par les ascarides lombricoïdes. Les vers intestinaux ont, ai-je dit plus haut, assez souvent franchi les limites de leur siége habituel. C'est de là que résultent principalement les accidents particuliers auxquels ils donnent lieu. Parfois, et l'on trouve dans les divers recueils un assez grand nombre de faits de ce genre qui ont été presque tous réunis par M. Mondière (2), les vers sortent de la cavité intestinale en traversant ses parois, et viennent former à l'extérieur des tumeurs désignées sous le nom d'*abcès vermineux*. Ces abcès n'ont autre chose de remarquable que de se produire avec une certaine lenteur; lorsqu'on les ouvre, ils donnent issue aux vers lombrics, et, dans quelques cas exceptionnels, à des

(1) *Ann. de la Soc. de méd. prat. de Montpellier*, 1810, t. XXII.

(2) *Recherches pour servir à l'hist. de la perf. des int., etc.* — (*Journal l'Expérience*, t. II, p. 65, 188).

matières stercorales. Ils n'ont pas d'ailleurs le danger qu'on pourrait leur supposer au premier abord. On n'a pas de faits authentiques qui prouvent la possibilité d'une péritonite par le passage d'un ascaride de l'intestin dans le péritoine. Les adhérences qui se forment en pareil cas, ou, comme le pensent plusieurs auteurs, la très petite ouverture intestinale résultant de l'écartement des fibres et non d'une véritable *perforation*, empêchent l'animal de tomber dans la cavité séreuse.

On a beaucoup discuté sur la question de savoir si l'intestin non altéré par une lésion pathologique pouvait être percé par l'ascaride ; mais je ne crois pas que cette question fort obscure ait une importance pratique suffisante pour nous engager à entrer dans une pareille discussion.

MM. Rilliet et Barthez ont cité une observation de M. Charcellay, de laquelle il résulte qu'une *artériole peut être percée* par un lombric de manière à produire une *hémorrhagie intestinale* mortelle. N'oublions pas toutefois que de très petites ulcérations perforantes peuvent se produire dans l'estomac et les intestins, et par conséquent n'attribuons pas à ce fait une importance exagérée.

On a trouvé parfois un si grand nombre de vers dans l'intestin, qu'il en est résulté une sorte d'*étranglement interne ;* mais les faits de ce genre, parmi lesquels il faut citer principalement celui de Daquin (1), sont entièrement exceptionnels.

On a encore attribué à la présence des vers le développement de l'*inflammation de l'intestin ;* mais il arrive si souvent qu'on trouve la membrane muqueuse intacte dans les points occupés par les ascarides, qu'on ne peut s'empêcher d'avoir des doutes à cet égard.

Les *migrations des vers dans les autres cavités* peuvent produire des accidents qu'il est facile de prévoir. *Dans l'estomac*, ce sont des sensations semblables à celles que nous avons notées dans l'intestin, et de plus des vomissements dans la matière desquels se rencontrent les lombrics. *Dans l'œsophage*, c'est un sentiment de gêne, de constriction vers le cou, vers la gorge, et une toux qui finit par déterminer les vomissements et l'expulsion des vers.

L'*introduction des ascarides dans les voies biliaires* est un fait plus grave. On en a cité plusieurs exemples. Tout le monde connaît celui qui a été rapporté par Guersant, et dans lequel on trouva deux ascarides ayant pénétré *dans le canal cholédoque*. L'enfant qui fait le sujet de cette observation fut pris de convulsions violentes suivies d'une mort prompte. On a rencontré des ascarides jusque *dans la vésicule biliaire*, et Laënnec, ainsi que M. Tonnelé (2), a signalé leur présence *dans le tissu du foie*. L'observation de ce dernier auteur est très remarquable en ce que le ver était complétement logé dans un abcès de cet organe. Suivant M. Cruveilhier, ce n'est qu'après la mort que les ascarides peuvent s'introduire dans les voies biliaires ; mais les accidents brusques observés par Guersant dans le cas précédemment cité paraissent contraires à cette opinion. Toutefois je suis loin de me prononcer sur un pareil fait, car les documents nécessaires manquent entièrement. Dans le cas cité par M. Tonnelé, il semble qu'on doit admettre que le ver a pénétré dans le foie à travers les parois de l'estomac.

Un autre accident est l'introduction des vers *dans les voies aériennes*. On en a trouvé *dans le larynx* et même *dans la trachée-artère*, qui ont déterminé des

(1) *Journ. de méd. et de chir., etc.*; Paris, 1770, t. XXXIV, p. 151.
(2) *Journ. hebdomadaire de méd.*, t. IV, 1829.

accidents mortels de suffocation. Blandin (1) en a rencontré un *dans une bronche*. Il est inutile de décrire les phénomènes auxquels donne lieu cette introduction des vers dans les voies aériennes; car ce sont ceux que produisent les corps étrangers en général. Disons seulement que lorsque le ver s'arrête dans le larynx, la suffocation est plus complète et plus promptement mortelle que lorsqu'il a pénétré dans la trachée et dans les bronches.

Enfin une autre série d'accidents, signalée par les auteurs, consiste dans diverses affections nerveuses, comme les *convulsions* et la *chorée* dans des maladies graves, comme la *méningite*, les *diverses phlegmasies des parenchymes*, les *fièvres;* mais relativement à ces accidents nous n'avons que des observations en petit nombre, souvent incomplètes, et des assertions ordinairement exagérées de la part des auteurs; ce qui tient, comme je l'ai dit plus haut, à la tendance qu'ont toujours eue les médecins qui se sont occupés des maladies de l'enfance à attribuer aux affections vermineuses presque toutes les maladies qui affectent les jeunes sujets ayant des ascarides lombricoïdes. Sous ce rapport, il en a été de cette affection comme de la *dentition laborieuse*, et l'on peut appliquer à la première les réflexions que j'ai faites à propos de celle-ci (2). On ne peut nier cependant que, dans certains cas, l'expulsion des vers n'ait mis fin à des troubles fort graves, du moins en apparence; mais l'observation ne s'est pas prononcée assez formellement pour qu'on puisse préciser ces cas.

Marche; durée; terminaison. Il est impossible d'indiquer d'une manière générale la *marche* d'une affection vermineuse. Rien n'est, en effet, plus variable; car tantôt les sujets souffrent des vers pendant un temps fort long et d'une manière presque continue, et tantôt ils ne présentent quelques symptômes qu'à des époques irrégulières et éloignées, et pendant un court espace de temps, après lequel les vers sont expulsés. Il en est de même de la *durée*. Des sujets présentent en effet des vers pendant plusieurs années; d'autres n'en ont qu'une seule atteinte d'une courte durée. Entre ces deux extrêmes les nuances sont infinies. Quant à la *terminaison*, elle est presque toujours favorable. Cependant nous avons vu que les accidents indiqués plus haut pouvaient se terminer par la mort. M. Bretonneau a en outre cité un cas où une inflammation intestinale, promptement suivie de mort, s'est développée chez un sujet affecté d'ascarides lombricoïdes. Mais cette inflammation était-elle déterminée par les vers, ou n'était-elle qu'une simple coïncidence? C'ést ce qu'un fait isolé ne nous permet pas de décider.

Lésions anatomiques. Dans l'immense majorité des cas, on ne trouve aucune lésion anatomique. Celles qui se rencontrent quelquefois appartiennent aux accidents précédemment indiqués, et j'ai dit à ce sujet tout ce qu'il importe de connaître. Il est donc inutile d'insister sur ce point.

Diagnostic. Il y a deux choses dans le diagnostic des ascarides lombricoïdes: d'abord on peut se demander s'il s'agit réellement de ces vers ou d'un autre ver intestinal; mais je renvoie cet examen après chacun des articles suivants, où les autres vers intestinaux seront étudiés. Il est bien entendu que ce diagnostic n'a une certaine importance que sous le rapport des symptômes; car les différences

(1) *Anat. top. du corps humain.*
(2) Voy. t. II, art. *Accidents de la dentition.*

entre l'ascaride et les autres vers intestinaux sont si grandes, que, lorsqu'il a été rendu, on ne peut avoir un seul instant d'incertitude.

Quant à ce qui concerne le diagnostic des ascarides lombricoïdes et des divers produits animaux ou végétaux qui sont rendus quelquefois par les selles, on peut voir à ce sujet ce que dit M. de Blainville (1). Disons seulement ici que la suspension dans l'eau permet de reconnaître la structure des corps qu'on a appelés pseudo-helminthes.

Le second point consiste à savoir si l'on peut distinguer l'affection vermineuse d'un certain nombre d'autres maladies. Or, à cet égard, nous n'avons, de l'aveu des auteurs qui se sont occupés le plus spécialement de ce sujet, aucun signe positif. Cependant si des troubles intestinaux marqués, les diverses sensations indiquées plus haut, les difficultés de la digestion, avaient précédé des accidents nerveux simulant une affection cérébrale, on serait porté, surtout chez les enfants, à admettre l'existence des vers, attendu que, dans les maladies du cerveau, le tube digestif est presque toujours, principalement au début, dans un parfait état d'intégrité, sauf quelques vomissements sympathiques. Il faut aussi avoir soin de s'informer si antérieurement les enfants n'auraient pas eu des attaques semblables, qui se seraient terminées par l'expulsion des vers. J'ai eu récemment sous les yeux un exemple qui prouve toute l'utilité de ces informations. Appelé auprès d'une petite fille de quatre ans qui, depuis deux ou trois jours, avait présenté seulement un peu de malaise avec diminution de l'appétit, je la trouvai dans un état d'abattement complet, les yeux cernés, le regard vague, les pupilles un peu dilatées, la face plombée, froide, ainsi que les extrémités. Elle ne répondait pas aux questions, et avait un air d'hébétude semblable à celui qui caractérise une affection cérébrale. Il n'y avait d'ailleurs eu ni vomissements, ni diarrhée, et le ventre était insensible. Je trouvai beaucoup d'incertitude dans le diagnostic; mais, à la suite d'une potion vomitive, deux lombrics furent rendus, et tout rentra promptement dans l'ordre. Quelques mois plus tard, des symptômes absolument identiques se reproduisirent, et alors il n'y eut plus de doutes pour moi. Si un autre médecin eût été appelé, et qu'il eût négligé de s'informer des antécédents, il aurait très probablement été dans le même embarras où je m'étais trouvé lors de la première attaque.

M. le docteur Ch. de Hubsch (2) indique, comme très importants, dans le diagnostic des vers intestinaux, les trois signes suivants : 1° un *état particulier de la langue*, qui consiste dans la présence de *points rouges*, gros comme une tête d'épingle, disséminés sur un enduit blanchâtre: ce sont évidemment des papilles un peu développées; 2° une *quantité surabondante de salive*, qui coule de la bouche pendant le sommeil, et qui devient souvent écumeuse et blanche lorsque les mâchoires ont été longtemps en mouvement; 3° enfin, un *claquement des dents* pendant le sommeil, accompagné du spasme des muscles de la face. C'est aux praticiens à rechercher quel est le degré de valeur de ces signes.

Pronostic. Tant que les vers restent renfermés dans le canal intestinal, ils ne produisent le plus souvent que des symptômes très peu graves. Cependant il ne

(1) Appendice au *Traité des vers intest.*, par Bremser, p. 532.
(2) *Abeille médicale*, juillet 1847.

faudrait pas se hâter de porter un pronostic favorable, puisque, par leurs migrations, par leur grand nombre et par les phénomènes sympathiques auxquels ils donnent quelquefois lieu, les ascarides peuvent produire les accidents funestes que nous avons indiqués. Toutefois nous savons que ces accidents ne sont pas fréquents. La perforation intestinale n'est pas, ainsi que nous l'avons vu plus haut, aussi grave qu'on pourrait le supposer; car les abcès vermineux se terminent souvent par la guérison. Les convulsions ont évidemment un danger plus grand.

Traitement. Le nombre des médicaments qu'on a proposés, sous le nom d'*anthelminthiques*, est extrêmement considérable, et un grand nombre d'entre eux ont été dirigés contre les ascarides lombricoïdes. Je me contenterai d'indiquer les principaux.

C'est d'abord la *mousse de Corse*, dont, suivant MM. Mérat et Delens (1), l'usage semble remonter à une haute antiquité, et qui fut surtout préconisée, en 1775, par Dimo Stephanopoli (2), qui la prescrivait sous forme de sirop. Voici comment on l'administre dans les hôpitaux des enfants :

♃ Mousse de Corse.....	4 à 16 gram.	Sirop..................	30 gram.
Eau bouillante	120 gram.		

A prendre par cuillerées.

On peut aussi la donner, dans du lait bien sucré, à la même dose proportionnelle suivant l'âge.

On peut encore mêler la quantité déterminée de mousse de Corse à du vin rouge et à de la cassonnade blanche, de manière à former une gelée qui, suivant MM. Trousseau et Pidoux (3), ne dégoûte pas les enfants. On donne cette *gelée* à la dose de deux à trois cuillerées à bouche par jour.

Fleisch, cité par MM. Rilliet et Barthez, prescrit la mousse de Corse en *lavements* ainsi qu'il suit :

♃ Mousse de Corse.......	⎫ ââ 8 gram.	Semen-contra	8 gram.
Valériane............	⎭		

Infusez dans deux tasses d'eau bouillante; passez. Pour un lavement.

D'après la plupart des auteurs, le *semen-contra* (fragments d'espèce d'armoise de l'Orient) est notablement plus actif. Nous venons de voir que Fleisch l'associait dans ses lavements à la mousse de Corse. Il le donne aussi en *tablettes*, dont voici la formule :

♃ Semen-contra en poudre...	8 gram.	Mucilage de gomme adragante.	Q. s.
Chocolat en poudre.......	15 gram.		

Pour faire trente tablettes. Dose : trois tablettes quatre à cinq fois par jour.

Bouillon-Lagrange (4) a composé un *sirop* d'après la formule suivante :

♃ Eau distillée de semen-contra saturé d'essence.............	1 kilogr.	Sucre blanc	1 kilogr.
Essence de semen-contra.......	4 gram.	Blancs d'œufs...............	n° 2.

On bat le blanc d'œuf avec l'eau distillée, on ajoute le sucre, et l'on met sur un feu doux.

(1) *Dict. de matière médicale et de thérapeutique générale*; Paris, 1832, t. IV, p. 496.
(2) *Voyage en Grèce.*
(3) *Traité de thérapeutique*, t. II, p. 784.
(4) *Journ. de méd. et de chir. prat.*

Dose : une cuillerée matin et soir, pendant trois ou quatre jours ; purger le cinquième avec l'huile de ricin et le sirop de fleurs de pêcher.

Enfin on prépare, avec ce semen-contra, des biscuits, des dragées, du pain d'épice, etc.

Vomitifs ; purgatifs. Le *tartre stibié* a été mis en usage par quelques auteurs, et l'on peut le donner à la dose de 5 à 10 centigrammes dans une potion, à prendre par cuillerées jusqu'à effet vomitif et purgatif.

Parmi les *purgatifs* il faut citer le *jalap*, qu'on a fait entrer dans un bon nombre de formules ; le *calomel*, très fréquemment employé ; l'*huile de ricin*, que Brera recommande particulièrement, et qu'il prescrit ainsi qu'il suit sous le nom de *potion anthelminthique laxative.*

℞ Huile récente de ricin.....	60 gram.	Huile de menthe poivrée...	60 gram.

A prendre par cuillerées à bouche.

Bremser a recommandé l'*aloès ;* il le donnait comme il suit sous forme de pilules :

Aloès succotrin pulvérisé.	āā 2 gram.	Huile essentielle de rue.	12 gouttes.
Tanaisie en poudre.....			

Mêlez. Faites 12 pilules. A prendre 4 ou 5 par jour.

Je ne multiplierai pas ces citations, parce que, dans quelques formules que je citerai plus loin, se retrouveront des médications de ce genre.

Parmi les anthelminthiques il faut encore citer l'*armoise*, l'*absinthe* et même la *suie.* D'après MM. Trousseau et Pidoux, des lavements faits avec une décoction de suie peuvent être très utiles. Toutefois ce remède a bien plus d'efficacité contre les *oxyures*, dont nous parlerons plus loin.

Enfin on a prescrit des *préparations ferrugineuses* et une multitude d'autres substances que je ne dois pas indiquer ici, me contentant de présenter un certain nombre de formules qui en contiennent plusieurs.

Électuaire de Bremser.

℞ Semence de tanaisie grossièrement pulvérisée...........	15 gram.	Racine de jalap en poudre	de 2 à	5 gram.
Racine de valériane en poudre .	8 gram.	Sulfate de potasse......	de 3 à	4 gram.
		Oxymel scillitique pour un élect.		Q. s.

Dose : deux ou trois cuillerées à café par jour.

Bremser ajoute que si, au bout de trois ou quatre jours, les selles ne deviennent pas plus copieuses et glaireuses, il augmente la dose. Cette préparation a l'inconvénient d'exciter le dégoût des enfants.

Gælis a recommandé la préparation suivante :

℞ Racine de valériane en poud.	āā 1 gram.	Calomel.............,	0,10 gram.
Semen-contra...........		Sucre blanc............	2 gram.

Mêlez. Faites une poudre ; divisez en quatre parties égales. A prendre un paquet deux fois par jour.

Selon Vogler, l'*électuaire* suivant est très utile contre les ascarides :

℞ Semen-contra en poudre....	8 gram.	Eau de fleurs de quassia......	2 gram.
Racine de jalap en poudre ..	4 gram.	Sirop de fleurs de pêcher.....	Q. s. pour un électuaire.
Calomel	0,30 gram.		

Une cuillerée à café toutes les deux heures, jusqu'à purgation.

J'ajoute encore deux formules qui jouissent d'une grande réputation : ce sont celles de Stark et de M. Cruveilhier.

Voici la première :

℞ Semen-contra	8 gram.	Éthiops minéral (mélange de protoxyde et de peroxyde de fer)	4 gram.
Racine de jalap	4 gram.	Sucre blanc	8 gram.
— de valériane	4 gram.		

Mêlez. Faites une poudre. Dose : 2 ou 3 grammes deux ou trois fois par jour.

Le *sirop* proposé par M. Cruveilhier est ainsi composé :

℞ Follicules de séné	ââ 4 gram.	Mousse de Corse	ââ 4 gram.
Rhubarbe		Fleurs de tanaisie	
Semen-contra		Petite absinthe	
Aurone			

Infusez à froid dans :

Eau .... 240 gram.

Passez.

Sucre .... Q. s.

Faites un sirop. Dose : une cuillerée à bouche, le matin, pendant trois jours.

M. Cruveilhier, avec ce sirop ainsi administré, a fait rendre jusqu'à soixante lombrics dans une matinée.

Je pourrais citer maintenant une foule de substances données dans le but de faire évacuer les ascarides ; mais d'abord il en est quelques unes qu'on ne saurait conseiller : tels sont l'*arsenic* et la *noix vomique*, médicaments trop dangereux, et qui n'ont, rien ne le prouve du moins, aucune efficacité particulière. Ensuite, si chaque médecin a voulu varier les formules et faire usage de substances nouvelles, ce n'est pas une raison pour en encombrer la thérapeutique, lorsque les faits manquent pour apprécier leur valeur. Qu'il me suffise de dire que l'*assa fœtida*, l'*huile de térébenthine*, le *phellandrium aquaticum*, l'*ail*, l'*étain*, la *cévadille*, le *tabac* en lavements, etc., etc., ont été mis en usage dans les divers pays. Je ne ferai d'exception que pour l'*huile empyreumatique de Chabert*, recommandée par Bremser.

HUILE EMPYREUMATIQUE DE CHABERT.

Cette huile est un mélange d'une partie d'*huile empyreumatique de corne de cerf* et de trois parties d'*huile de térébenthine*, que l'on fait distiller au bain de sable, dans une cornue de verre. On en donne quelques gouttes dans un liquide fortement sucré.

Ce médicament a, comme la plupart de ceux que nous avons indiqués, le grand inconvénient de dégoûter les enfants, qui, après la première dose, refusent souvent obstinément d'en prendre une seconde. Aussi doit-on de préférence choisir les préparations qui, sous forme de *biscuits*, de *tablettes*, de *dragées*, trompent le plus facilement le goût des petits malades, et administrer les poudres dans une certaine quantité de confitures ou de fruits cuits.

Régime. Le régime à suivre pendant le traitement des ascarides ne présente rien de bien remarquable. Lorsque l'appétit est notablement diminué, on peut se contenter de donner aux enfants quelques consommés ou quelques potages ; dans le cas contraire, un régime animal et légèrement tonique est utile, suivant les au-

teurs. Bremser insiste pour qu'on prive les sujets affectés d'ascarides de substances farineuses et de substances grasses ; mais il n'est pas encore parfaitement démontré que cette recommandation ait autant d'importance que cet auteur lui en attribue.

On voit, d'après ce qui précède, que le traitement des ascarides lombricoïdes n'a pas été établi sur des principes rigoureux. C'est encore à une observation attentive et répétée à nous apprendre quelle est, parmi toutes ces pratiques, la plus prompte, la plus sûre et la plus complétement exempte de toute espèce d'inconvénient.

On sent qu'il serait inutile de présenter des ordonnances pour cette maladie, puisque la plupart des médications indiquées plus haut sont données par leurs auteurs comme constituant le traitement tout entier dans tous les cas.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Mousse de Corse ; semen-contra ; sirop de Bouillon-Lagrange ; vomitifs ; purgatifs ; potion anthelminthique de Brera ; armoise, absinthe ; électuaire de Bremser ; poudre de Goelis ; électuaire de Vogler ; poudre de Stark ; sirop de M. Cruveilhier ; moyens divers ; huile empyreumatique de Chabert ; régime.

§ II. — Oxyures vermiculaires.

L'oxyure vermiculaire est beaucoup moins important à étudier, sous le rapport pathologique, que l'ascaride lombricoïde. On lui a quelquefois donné le nom d'*ascaride vermiculaire*. Il n'a que deux, trois ou quatre millimètres de long ; il est mince et très blanc ; son extrémité postérieure est plus grosse que l'antérieure, et, chez le mâle, elle se contourne en spirale. La femelle, plus grande que le mâle, a de huit à douze millimètres ; elle est remarquable surtout par l'amincissement extrême de sa queue, porté au point qu'il faut se servir du microscope pour bien l'apercevoir. Je n'entre pas dans d'autres détails de l'organisation de ces vers, devant me borner à présenter les caractères extérieurs propres à les faire reconnaître.

Ces vers affectent principalement les enfants. Ils se trouvent presque exclusivement *dans le gros intestin*, et surtout du côté de l'anus, dont ils remplissent les plis. Cependant on en a vu en assez grand nombre dans une partie plus élevée de l'intestin. Suivant Becker (1), on peut en trouver jusque *dans le vagin* et *dans l'utérus*. Brera dit en avoir rencontré *dans l'œsophage ;* mais, quoique le fait ne soit pas impossible, il n'est pas suffisamment démontré. Les mêmes réflexions s'appliquent aux cas dans lesquels on dit avoir trouvé de ces animaux *dans l'urètre* (2) et *dans l'estomac* (3).

On n'a rien dit qui mérite d'être rapporté sur les *causes* de la production de ces animaux.

Quant aux *symptômes* auxquels ils donnent lieu, ils sont loin de se manifester dans tous les cas. Il n'est pas rare, en effet, de trouver sur les cadavres une quantité très considérable d'oxyures, sans qu'on ait été averti de leur présence pendant la vie. Dans d'autres circonstances, au contraire, ils peuvent déterminer des accidents notables. Ainsi plusieurs auteurs ont attribué des troubles nerveux très

(1) *Eph. nat. cur.*, dec. I, an VIII, obs. 75.
(2) P. FRANCK, *Traité de méd. prat.*
(3) KOHN, *Diss. de asc. per urin. emiss.*, etc. ; Ienæ, 1798.

graves à l'influence de ce ver; mais n'a-t-on pas, dans le plus grand nombre des cas, eu affaire à de simples coïncidences? Sans me prononcer dans une pareille question, je dirai que le seul symptôme qui, en définitive, soit propre à l'oxyure vermiculaire, est une vive *démangeaison vers l'anus;* dans quelques cas, cette démangeaison devient intolérable. M. Cruveilhier a cité un cas dans lequel l'intensité de ce symptôme était très remarquable; et ce qu'il y avait surtout de curieux, c'est que la sensation, qui allait jusqu'à une *douleur véritable*, se reproduisait toutes les nuits à la même heure. J'ai vu dernièrement, chez un enfant de deux ans et demi, quelque chose de semblable. Toutefois la sensation ne paraissait pas s'élever jusqu'à une douleur vive; il paraissait n'y avoir qu'une démangeaison violente, et le symptôme se reproduisait le soir, peu de temps avant l'heure du coucher, empêchant l'enfant de s'endormir pendant un temps quelquefois assez long. Lorsqu'il en est ainsi, on voit les enfants s'agiter, porter leurs mains à l'anus, le comprimer, y exercer de fortes frictions, et parfois s'asseoir par terre en poussant des cris.

On a dit que l'excitation produite sur le rectum pouvait se propager aux organes génitaux voisins, et *provoquer la masturbation*, ou produire *un écoulement vaginal* et des *pertes séminales involontaires* (Lallemand); mais, pour se prononcer sur ces questions, et principalement sur les deux dernières, les éléments nous manquent. J'y reviendrai, au reste, quand je parlerai de la *leucorrhée* et de la *spermatorrhée*.

Le *diagnostic* de cette affection ne présente généralement pas de difficultés dans les cas où il existe quelque symptôme. Une démangeaison très vive, revenant principalement le soir, occupant l'anus et l'intérieur du rectum, mettra facilement sur la voie; et, si l'on examine l'anus, on peut, comme l'a fait M. Cruveilhier, reconnaître facilement les oxyures s'agitant avec vivacité dans les plis radiés.

Le *pronostic* n'a évidemment pas de gravité réelle; mais l'incommodité produite par ces vers, la facilité avec laquelle ces petits animaux se reproduisent, et la difficulté qu'on a à les atteindre à l'aide des médicaments, cachés qu'ils sont dans les replis de l'intestin, font que, dans un assez grand nombre de cas, le médecin ne doit pas traiter cette affection avec légèreté.

Traitement. On a recommandé contre les oxyures un bon nombre des remèdes dirigés contre les ascarides; mais il en est quelques uns qui leur sont plus particulièrement applicables.

J'ai déjà parlé de la *suie;* c'est en lavements qu'on administre ce remède. Il suffit de donner un lavement par jour avec une *décoction de suie*.

L'*eau froide* a été en premier lieu vantée par Van Swieten. Rosen la recommande aussi, et la donne en *boisson* aussi bien qu'en *lavements*. C'est sous cette dernière forme seule que Van Swieten la prescrivait.

Fraenkel, cité par MM. Rilliet et Barthez, a préconisé les deux *lavements* suivants :

Le premier a l'*absinthe* pour substance active :

℞ Herbe d'absinthe...................... 8 à 16 gram.

Faites infuser dans :

Eau................................ 60 gram.

Voici le second, où l'*ail* et l'*assa-fœtida* sont réunis :

℞ Bulbes d'ail frais........................ 8 gram.

Faites infuser dans :

Eau bouillante........................ 125 gram.

Ajoutez à la colature :

Assa-fœtida........................ 1 gram.

Dissoute dans :

Jaune d'œuf........................ n° 1.

Le même auteur prescrit aussi des lavements d'eau de chaux dans la proportion suivante :

℞ Décoction de guimauve... 30 gram. | Eau de chaux............ 90 gram.

Enfin Guersant recommande le *sulfure de potasse* en lavements ainsi qu'il suit :

℞ Sulfure de potasse. 30 à 60 centigr. | Eau................ 250 gram.

On n'a fait aucune recherche pour savoir si l'un de ces lavements a plus d'efficacité que les autres.

On se borne quelquefois à injecter une certaine quantité d'*huile d'olive* dans le rectum, ce qui est utile contre les démangeaisons.

Dans le cas cité par M. Cruveilhier, un peu d'*onguent gris*, posé sur l'anus pendant quelques jours, débarrassa complétement le malade. J'ai obtenu le même effet en faisant frictionner l'anus avec la pommade suivante, dont on introduisait une petite quantité dans l'extrémité inférieure de l'intestin.

℞ Axonge............ 25 gram. | Calomel.............. 5 gram.

Mêlez.

Ce médicament topique, fort simple, paraît donc devoir être particulièrement recommandé. Il est plus que probable que toute autre *pommade mercurielle* agirait de la même manière.

§ III. — Tricocéphale.

On n'a assigné aucun symptôme particulier à cette espèce de vers. Cependant j'ai entendu dernièrement M. Barth communiquer à la Société d'observation un fait de nature à appeler l'attention sur ce point. Un malade présenta, il y a peu de temps, à l'Hôtel-Dieu, des symptômes si tranchés d'une affection cérébrale, que tout le monde crut à une *méningite*. A l'autopsie, on ne découvrit rien dans l'encéphale ; mais M. Barth, ayant examiné l'intestin, y trouva une quantité énorme de tricocéphales. Ce fait seul suffit pour m'engager à indiquer les caractères de ce ver.

Il est linéaire, long de 4 à 6 centimètres, capillaire, aminci du côté de la tête, renflé et piriforme à la partie postérieure chez le mâle. La partie amincie ou antérieure est la plus longue ; la partie postérieure est droite chez la femelle. Le mâle est moins développé que celle-ci.

Cet animal se rencontre principalement dans le cœcum et dans le colon. Il est rarement en très grande quantité ; cependant nous venons de voir qu'on en peut

trouver un nombre immense, et Rudolphi et M. Tiedemann ont vu des cas à peu près semblables.

Les moyens que, selon toutes les probabilités, on doit diriger contre cet entozoaire sont les *lavements prescrits contre les oxyures*, les *purgatifs* et les *mercuriaux*.

§ IV. — Tænia ou ver solitaire.

Il existe deux espèces de *tænia* : le *tænia lata* ou *bothriocéphale*, et le *tænia solium* ; mais ces deux espèces, très importantes à distinguer sous le point de vue de l'histoire naturelle, pourraient facilement être confondues sous le rapport thérapeutique et pathologique. Sous le rapport pathologique, en effet, on n'a cité aucun symptôme qui fût particulier à l'une d'elles, et sous le rapport thérapeutique, nous n'avons que des recherches fort incomplètes et même contradictoires, entreprises dans le but de s'assurer si certains moyens sont plus efficaces contre l'une des deux espèces que contre l'autre. Cette réflexion s'applique particulièrement au *traitement de Nouffer*, dont il sera question plus loin. Je ne m'attacherai donc pas à indiquer d'une manière minutieuse les caractères de ces vers ; car, pour la pratique, il suffit d'un petit nombre de détails qui font aisément reconnaître le tænia.

Les tænia sont des animaux aplatis, rubanés, mous, blancs, formés d'articulations plus ou moins nombreuses, et se présentant sous la forme d'une bandelette, ce qui leur a valu leur nom.

Le *Tænia solium* est remarquable par la longueur de ses articulations et par sa petite largeur qui est à peine de 0,001 ou 0,002 mètres en avant, et de 0,006 ou 0,009 mètres en arrière. La tête du *tænia solium* égale à peine la grosseur d'une fine épingle ; elle a quatre suçoirs égaux, situés aux quatre angles, et au milieu un renflement où Bremser a signalé l'existence d'un très petit orifice. Ce renflement ou rostre est entouré d'une ou de deux rangées de crochets disposées en couronnes ; mais ces crochets manquent souvent, l'animal étant trop jeune ou trop vieux ; enfin un col très mince, filiforme, complète le tableau de cette apparence extérieure, suffisante pour le praticien.

Le *Bothriocéphale* est remarquable par des fossettes dilatables et contractiles qui remplacent les suçoirs. Sa largeur peut s'élever jusqu'à un centimètre et demi et plus. Rudolphi en a vu de près de 3 centimètres. Sa tête est plus ovoïde que celle du tænia solium. Les fossettes y sont au nombre de deux. Son col se confond souvent avec le corps ; il est quelquefois filiforme. Les anneaux qui composent le corps sont plus larges que longs, et ressemblent à des rides. Ils deviennent plus longs et plus larges à mesure qu'on avance vers l'extrémité postérieure.

Le bothriocéphale est en général moins long que le tænia solium ; celui-ci, en effet, peut atteindre une longueur de 8 mètres et au-dessus, tandis que le bothriocéphale dépasse rarement 7 mètres. Des auteurs assurent avoir vu des vers de l'une et de l'autre espèce dont la longueur s'élevait à plusieurs centaines de mètres ; mais l'authenticité de ces faits n'est pas généralement admise.

Le *siége* habituel du tænia est vers la partie supérieure de l'intestin grêle ; on a vu quelquefois ce ver dans d'autres parties, et principalement dans l'estomac, sans qu'on ait pu s'assurer s'il avait primitivement pris naissance dans l'intestin. On n'en trouve presque jamais qu'un seul, ce qui lui a valu le nom de *ver soli-*

taire. On l'a encore désigné sous ceux de *lombricus latus*, *vermis cucurbitinus*, *tænia cucurbitina*, etc.

La *fréquence* de ce ver est très différente suivant les climats. Je renvoie, par conséquent, aux causes pour étudier ce point.

Causes. Tous les âges peuvent être affectés du tænia. Sur deux cent six malades observés par le docteur Wavruch (1), l'*âge* variait de trois ans et demi à cinquante-cinq ans, et dans les observations de M. Louis (2), il y avait un enfant de douze ans et un vieillard de soixante-quatorze ans. Cependant on rencontre le plus souvent ce ver chez les adultes : la plupart des malades observés par M. Wavruch avaient de quinze à quarante ans.

D'après la plupart des auteurs, le *sexe féminin* y est particulièrement exposé, et les recherches de M. Wavruch sont venues confirmer l'opinion générale. Il a trouvé, en effet, soixante et onze sujets du sexe masculin et cent trente-cinq du sexe féminin. Le nombre des hommes a été, au contraire, un peu plus grand dans les faits recueillis par M. Mérat (3) et par M. Louis; mais ces observations ne sont pas en nombre suffisant pour être opposées à celles de M. Wavruch. Toutefois il est à désirer que de nouvelles recherches soient faites sur ce point.

Relativement à la *constitution*, nous n'avons rien à ajouter à ce qui a été dit à propos des ascarides, si ce n'est que, dans les observations de M. Louis, elle était bonne chez presque tous les sujets. Le même auteur a constaté que tous ses malades avaient une *nourriture* saine et variée, et ces faits ne viennent, par conséquent, pas à l'appui de l'opinion qui attribue la production du tænia à la *diète lactée*. M. Wavruch a constaté, après Reinlein (4), que le *séjour dans les cuisines et les boucheries était* une cause de ver solitaire. Sur les deux cent six malades, il y avait un cuisinier, cinquante-deux cuisinières et plusieurs bouchers.

Le *climat* a-t-il de l'influence sur la production du tænia ? C'est ce que l'on ne peut pas dire, quoique ce ver soit très fréquent dans certaines contrées. C'est ainsi que, suivant Odier (5), le quart des habitants de Genève auraient, dans le cours de leur existence, le ver solitaire, qui est d'ailleurs très commun dans toutes les contrées de la Suisse. Mais ne faudrait-il pas accuser plutôt le *régime* que le climat lui-même? C'est ce qui est très probable. Un fait remarquable, c'est que les deux espèces de tænia ne se rencontrent pas indifféremment dans tous les pays. Ainsi le tænia solium se trouve particulièrement dans l'Inde, en Égypte, en Grèce, en France, en Allemagne, en Portugal et dans l'Amérique septentrionale, tandis qu'en Suisse, en Pologne et en Russie, on trouve presque toujours le bothriocéphale.

Symptômes. Les symptômes du tænia n'ont généralement pas été étudiés avec plus de soin que ceux des autres vers. M. Louis cependant a soumis ses observations, qui, malheureusement, ne sont qu'au nombre de dix, à une analyse exacte, qui nous servira principalement à tracer le tableau suivant. On peut dire, d'une manière générale, que les symptômes du tænia sont peu graves. Quant au *début*,

(1) *Oest. med. Jahrb.*, 1841.
(2) *Du tænia et de son trait. par la pot. Darbon, in Mém. ou rech. anat. path.*; Paris. 1826.
(3) *Du tænia ou ver solitaire.*; Paris, 1832.
(4) *Animad. circa ort. et cur. tænia latæ*, etc.; Vienne, 1811.
(5) *Manuel de médecine pratique.*

il n'est pas toujours très facile de le fixer, attendu qu'il remonte souvent très haut, puisque M. Louis a vu des malades qui évacuaient des fragments de ver depuis huit, neuf, douze ans, ou même depuis la première jeunesse, et que, d'un autre côté, ce n'est qu'à l'époque où les premiers fragments du tænia ont été rendus que les malades font remonter ce début, qui, du reste, ne présente rien de bien particulier.

Les *douleurs de ventre* sont le premier symptôme qu'il importe d'examiner. Ces douleurs consistent souvent en de véritables *coliques*, mais parfois ce sont des *sensations particulières*, telles que la sensation de morsure, de succion, de reptation, de mouvements onduleux, d'une tension ou d'un poids dans l'abdomen, ou enfin d'une douleur indéfinissable. C'est ordinairement vers les flancs et autour de l'ombilic que se manifestent ces diverses sensations. Quant aux coliques, elles occupent une grande partie de l'abdomen. Les douleurs, de quelque nature qu'elles soient, sont intermittentes, et se reproduisent à des intervalles variables. Les coliques sont ordinairement fréquentes, du moins à certaines époques de la maladie. Dans quelques cas cependant elles ne se produisent que très rarement. Leur violence peut être considérable. On a remarqué que, chez certains sujets, l'abdomen présentait une *tuméfaction* locale et variable, occupant de préférence l'ombilic.

Ces douleurs ne sont ordinairement accompagnées d'aucun trouble dans les *fonctions intestinales*. La diarrhée, en particulier, n'est point un symptôme du tænia, et sauf la présence des fragments du ver dans les déjections alvines, on n'y trouve rien de remarquable. Chez les sujets qui ne subissent pas le traitement, les fragments de tænia sont rendus à plusieurs reprises et à des intervalles très variables.

Un phénomène qui a été noté avec soin par M. Louis, et qui mérite d'attirer l'attention du médecin, est le *prurit au pourtour de l'anus*. Cet auteur ne l'a vu manquer que dans trois cas sur dix. Le *prurit des narines* ne s'est montré, au contraire, que chez quatre sujets.

On a généralement beaucoup insisté sur l'*état de l'appétit* chez les sujets affectés du tænia. Une opinion assez répandue est que dans cette affection l'appétit est insatiable. Mais l'examen attentif des faits prouve qu'on a établi en règle générale ce qui ne s'observe que dans un petit nombre de cas. Le plus souvent, en effet, l'appétit est diminué; quelquefois il est nul. Chez certains sujets, il y a des alternatives d'augmentation et de diminution; chez d'autres, l'augmentation de l'appétit est telle, que les malades sont obligés de manger fréquemment, et qu'ils ne peuvent se rassasier; mais, je le répète, ces cas sont les moins fréquents. Enfin, dans un nombre assez considérable de cas, l'appétit ne subit aucune altération. On voit que ce symptôme est très variable, et qu'il faudrait se garder d'y chercher un signe diagnostique positif.

Quelques *douleurs épigastriques* se font sentir chez un petit nombre de sujets. Ce qu'il y avait de remarquable dans les observations de M. Louis, c'est que ces douleurs ne se montraient que chez des femmes, et cet auteur est porté à croire que l'action des remèdes violents déjà administrés en était la principale cause, sinon la seule.

Les *vomissements* sont bien plus rares encore. M. Louis ne les a observés qu'une seule fois : fréquents avant l'expulsion des premiers fragments du ver, rares dans la suite.

La *céphalalgie* est un symptôme rare, mais il peut être remarquable par sa durée, puisque deux des femmes observées par M. Louis se plaignaient de maux de tête depuis deux ou quatre ans.

« Le plus grand nombre des malades, dit M. Louis, éprouvaient depuis longtemps des douleurs vagues, des *lassitudes*, quelquefois des *crampes aux extrémités*. Ces douleurs et ces lassitudes étaient parfois assez considérables pour les obliger à suspendre leurs travaux ; plusieurs ne s'y livraient qu'avec peine, et cette raison plutôt qu'une autre les déterminait à essayer un nouveau remède. »

Le même auteur a observé des *bourdonnements d'oreilles*, uniquement chez les femmes, dont l'une se plaignait d'avoir *la vue* un peu obscurcie. Il a en outre constaté que la *pupille* n'était jamais dilatée ni contractée, ce qui prouve que l'on a eu tort de donner ces phénomènes comme des symptômes du tænia.

D'autres auteurs ont mentionné les *lipothymies*, les *vertiges*, la *torpeur* approchant de la paralysie (1), le *tremblement des membres*, les *convulsions*, l'*épilepsie*, les *attaques d'hystérie*, la *catalepsie*, la *chorée*, et même la *paraplégie*, etc. ; mais ces divers troubles nerveux n'ont été observés que dans des cas isolés, en sorte qu'ils n'ont pas une très grande importance. Cependant il était bon d'indiquer la possibilité de leur apparition, parce que, dans quelques cas, ces symptômes ont disparu après l'expulsion du ver. Enfin un certain degré de *langueur*, la *pâleur de la face*, et un peu d'*amaigrissement*, phénomènes qui ne surviennent guère qu'à une époque avancée de la maladie, et lorsque déjà des fragments de ver ont été fréquemment rendus, complètent ce tableau symptomatique.

Marche ; durée ; terminaison. Nous avons vu plus haut que le début de la maladie pouvait remonter à une époque très éloignée, et même à la première enfance ; mais, dans tous les cas, il arrive certaines époques où les symptômes prennent un peu plus d'intensité. On voit même des sujets qui ne les présentent qu'à des intervalles très éloignés. Sous ce rapport donc, la *marche* de la maladie ne diffère pas sensiblement de celle des *ascarides lombricoïdes*. Toutefois il faut dire que la continuité des symptômes est plus fréquente dans le tænia. Quant à la *durée*, il est presque inutile de dire qu'elle est indéterminée, et que si l'on n'emploie pas des remèdes efficaces, le tænia peut persister toute la vie. La *terminaison* n'est jamais fâcheuse ; du moins on n'a pas cité d'exemples de ses accidents mortels qui rendent parfois si grave la présence des *ascarides lombricoïdes*. J'ai cependant mentionné plus haut des symptômes fâcheux qui ont été quelquefois observés.

On n'a signalé aucune *lésion pathologique* qu'on puisse rapporter avec quelque confiance au tænia.

Diagnostic. De l'aveu des principaux auteurs qui se sont occupés particulièrement du tænia, il n'y a point de signe diagnostique, autre que l'expulsion du ver, qu'on puisse regarder comme ayant une valeur réelle. Cependant M. Louis, qui s'est livré à une analyse exacte des faits soumis à son observation, a rassemblé les principaux symptômes, et les ayant appréciés, dans le but de rechercher si le diagnostic était possible, il est arrivé au résultat suivant (2) : « Nous venons de voir, dit-il, que tous les malades avaient éprouvé, après et quelquefois avant la sortie

(1) Moll, *Œst. med. Jahrb.*, t. XXVIII.
(2) *Mém. ou rech. anat.-path.*; Paris, 1826, p. 554.

du tænia, des douleurs de ventre, des coliques plus ou moins fortes, quelquefois considérables, répétées à des distances plus ou moins rapprochées ; que ces coliques n'étaient ni suivies ni accompagnées de dévoiement ; que dans presque tous les cas, au contraire, elles étaient accompagnées de prurit au pourtour de l'anus ou aux narines. Nous pensons, par cela même, que, quand des douleurs de ventre, des coliques plus ou moins fortes et fréquentes, mais sans diarrhée, se sont reproduites pendant un certain temps, accompagnées de prurit à l'anus ou à l'extrémité du nez, elles indiquent d'une manière presque certaine l'existence d'un ver dans le canal intestinal. Ces symptômes ont, par leur réunion, quelque chose de très remarquable. On ne les rencontre tels que dans les affections vermineuses ; on ne les conçoit bien qu'avec elles : double raison de les croire propres à indiquer leur existence.

» D'autres symptômes, tels que l'amaigrissement, les douleurs dans les membres, les lassitudes, l'éloignement pour le travail, doivent être remarqués ; mais ils ne sont pas aussi fréquents que les premiers : ils n'ont, comme tant d'autres phénomènes nerveux dont est chargée la description des maladies vermineuses, rien de spécial, et par conséquent rien qui puisse leur donner une place parmi les symptômes diagnostiques. Qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de complications, quand l'ensemble des symptômes indiqués a lieu, il doit paraître infiniment probable, comme nous l'avons déjà dit, qu'il existe des vers ; mais ces vers sont-ils des tænia ? C'est ce que nous ne nous chargeons pas de décider, n'ayant pas recueilli, relativement aux affections vermineuses, des faits autres que ceux dont nous venons de donner l'histoire. »

Après avoir examiné les relations des divers auteurs, on est aussi embarrassé que M. Louis relativement au diagnostic du tænia et de l'*ascaride lombricoïde*. Cependant il est une circonstance qui peut servir, sinon à fixer le diagnostic, du moins à le rendre probable : c'est l'âge des malades. Chez les adultes, on devra croire plutôt à l'existence du tænia, et chez les enfants à celle de l'ascaride. Il est à désirer qu'un travail sur les symptômes produits par ce dernier ver soit entrepris de manière à nous fournir un meilleur point de comparaison. Quant aux *oxyures*, nous avons vu qu'ils ne produisent point de coliques, mais seulement une démangeaison très vive à l'anus, et qu'en outre on peut les apercevoir en examinant attentivement cette partie. Enfin nous savons qu'on ne peut assigner aux *tricocéphales* aucun symptôme qui leur soit propre.

L'absence de selles liquides empêchera que l'on confonde les symptômes du tænia avec ceux de l'*entérite*, et la démangeaison au pourtour de l'anus et aux narines servira à les faire distinguer de ceux de l'*entéralgie*. Je ne pousserai pas plus loin l'exposé de ce diagnostic qui a encore besoin d'être étudié.

Traitement. Le traitement du tænia est peut-être celui qui contient, non seulement le plus grand nombre de substances employées, mais encore le plus grand nombre de méthodes particulières et complètes exclusivement préconisées par leurs inventeurs. Il serait beaucoup trop long et il y aurait peu d'utilité à exposer tout ce qui a été publié à ce sujet. Je me contenterai d'indiquer les principaux remèdes et de présenter les méthodes le plus en vogue.

Vomitifs ; purgatifs. En général, les vomitifs et les purgatifs n'ont été administrés que pour favoriser l'action d'autres substances regardées comme spécifiques.

Les premiers surtout, qui ne sont recommandés que par un petit nombre d'auteurs, ne méritent pas de nous arrêter ici. Quant aux seconds, je signalerai d'abord le *jalap*, l'*aloès*, l'*huile de ricin*, qui font partie d'un très grand nombre de formules ou de méthodes diverses, mais qu'on n'a pas employés seuls contre le tænia.

Il n'en est pas de même de l'*huile de croton tiglium*, vantée par Puccinotti (1). *Deux ou trois gouttes de cette huile*, données chaque jour en pilules, ont suffi quelquefois pour faire rendre le tænia. Mais ce traitement est loin d'avoir l'efficacité d'un bon nombre d'autres que je vais indiquer, et c'est pourquoi on ne considère en général l'huile de croton que comme un simple adjuvant. Le *vin de colchique* a été recommandé par le docteur Crisholm (2), et ce médecin a cité un exemple d'expulsion d'un tænia par ce médicament donné à la dose de *trois cuillerées à thé dans les vingt-quatre heures ;* mais cette substance n'a guère été employée par d'autres médecins.

Mercuriaux. Les préparations mercurielles, et en particulier le *calomel*, ont été mises en usage par un grand nombre de médecins ; mais agissent-elles seulement comme purgatifs ? C'est ce qui ne paraît pas probable. Au reste, il faut dire que jamais on ne s'est borné à l'emploi exclusif de ces moyens : on peut en juger par l'exposé de la méthode suivante, préconisée par Beck (3) :

Méthode de Beck.

On doit d'abord faire prendre aux malades, à quatre ou cinq heures de l'après-midi, la préparation suivante :

℞ Calomel	1,25 gram.	Cinabre	àà 0,50 gram.
Corne de cerf brûlée	0,50 gram.	Antimoine	

Le soir, après avoir pris un potage (4), le malade prend 60 grammes d'huile d'amandes. Le lendemain, à jeun, il prendra un des paquets suivants :

℞ Racine de fougère mâle	4 gram.	Herbe de chardon-bénit	àà 2 gram.
de jalap	àà 2 gram.	Corne de cerf brûlée	
de gomme gutte			

Faites une poudre très fine ; divisez en trois paquets.

Au bout de deux heures, si le tænia n'est pas sorti, prendre un autre paquet : attendre deux heures encore avant d'administrer le troisième. Suspendre le médicament dès que le ver est expulsé.

On voit, par le grand nombre de substances qui sont mises en usage dans cette méthode, qu'il est impossible de présenter le traitement du tænia d'une manière bien méthodique. Desault (5) a recommandé les *frictions mercurielles* en même temps que le calomel à l'intérieur, et Rathier a uni cette préparation mercurielle à d'autres substances, ainsi qu'il suit :

(1) *Ann. univ. di med.*, avril 1825.
(2) *The Lond. med. repos.*, 1824.
(3) *Hufeland's Journ.*, 1803.
(4) Peut-être faudrait-il modifier cette administration des remèdes, parce qu'à l'époque où cette méthode a été publiée, les repas se faisaient à des heures différentes.
(5) *Dict. des Sc. méd.*, t. LIV.

℞ Sabine en poudre..........	1 gram.	Huile essentielle de tanaisie...	0,60 gram.
Semence de rhue.........	0,75 gram.	Sirop de fleurs de pêcher......	Q. s.
Calomel................	0,50 gram.		

A prendre en deux fois, le matin et dans l'après-midi.

Fougère. La *racine de fougère mâle* a été principalement employée dans la méthode célèbre de Nouffer (1), qui est à peu près semblable à celle qu'avait déjà proposée Herrenschwand, et dont on trouve un extrait dans le *Dictionnaire des Sciences médicales.* Voici celle de Nouffer :

Méthode de Nouffer.

Sept heures après un dîner ordinaire, on fait prendre au malade une *panade* ainsi composée : 750 grammes d'eau, 60 ou 80 grammes de beurre frais, et 2 onces de pain coupé en petits morceaux. Remuer jusqu'à ce que le tout soit bien lié. Si le malade n'avait pas eu de gardes-robes ce jour-là, il prendrait, un quart d'heure ou une demi-heure après la panade, un *lavement d'eau de guimauve,* avec addition d'un peu de *sel commun* et de 30 grammes d'*huile d'olive.* Le lendemain matin, on administre le médicament suivant :

℞ Racine de fougère mâle en poudre très fine...........	16 gram.	Eau distillée de fougère ou de fleurs de tilleul....	120 à 180 gram.

A prendre en une seule fois.

Si le malade a des nausées, il peut mettre dans sa bouche quelque substance aromatique, mais non l'avaler. Si, malgré toutes les précautions, la poudre est vomie, on doit en administrer immédiatement une autre dose.

Deux heures après la poudre, donner le purgatif qui suit :

℞ Calomel..............	āā 0,60 gram.	Gomme gutte...............	0,60 gram.
Racines sèches de scammonée.............		Confection d'hyacinthe.......	Q. s.

F. un bol de consistance moyenne, à prendre en une fois.

Immédiatement après, une ou deux tasses de thé vert léger, que l'on continuera jusqu'à ce que le ver soit rendu. Si le bol ne suffit pas pour purger, prescrire de 8 à 32 grammes de *sulfate de magnésie.*

Si le ver ne tombe pas en paquet, mais s'échappe seulement en partie, il ne faut pas chercher à l'extraire ; on doit rester sur le bassin jusqu'à ce qu'il soit tombé, et pour favoriser son expulsion, on pourra donner une nouvelle dose de sulfate de magnésie. La non-expulsion du ver ne doit pas faire supprimer le repas suivant, ce qui n'empêche pas le tænia d'être rendu encore, quoique rarement. Si le ver n'est pas rendu le lendemain, il faut recommencer le traitement exactement comme la veille.

La *méthode de Herrenschwand* ne diffère guère de celle qui vient d'être indiquée qu'en ce que ce médecin, loin de regarder la fougère mâle comme la plus utile, ne l'administrait qu'à défaut de la *fougère femelle.*

Quelles sont, dans ces méthodes, les substances vraiment indispensables et celles dont on pourrait épargner l'usage aux malades ? C'est ce qu'il n'est pas

(1) *Journ. de méd.*, t. XLIV ; *et Précis du trait. contre le tænia, etc.*; Paris, 1775. — Mérat et Delens, *Dict. de matière médicale*, t. III, p. 285.

facile de dire. J'indiquerai plus loin l'opinion de M. Mérat relativement aux purgatifs administrés dans le traitement du tænia par l'écorce de racine de grenadier.

Un grand nombre d'auteurs ont adopté l'usage de la *fougère*, et, malgré l'opinion de Herrenschwand, ils ont préféré la *fougère mâle*. Parmi eux je puis citer Rudolphi, Richter, Renaud, Bourdier, Meyer, Vogel, etc; mais il faut mentionner particulièrement le traitement recommandé par le docteur Peschier. Voici comment ce médecin administre cette substance (1) :

Méthode de M. Peschier.

Extrait éthéré de fougère mâle	1,25 gram.	Racine de fougère mâle en poudre	0,60 gram.
		Conserve de roses	Q. s.

Faites quinze pilules. A prendre, le soir, à intervalles d'une demi-heure.

Le lendemain, on administre un purgatif. Plus tard, M. Peschier a eu recours à l'*huile éthérée de fougère*, qui est une *oléo-résine*, résultant de la distillation de la teinture éthérée. On l'administre à la dose de 2 à 8 grammes, suivant l'âge, dans du pain à chanter.

45 à 60 grammes d'huile de ricin sont donnés deux heures après.

Un bon nombre de médecins allemands ont constaté les bons effets de cette méthode.

Racine de grenadier. L'écorce de la racine de grenadier est aujourd'hui un des remèdes le plus généralement employés. Ce moyen, très anciennement connu, puisque Dioscoride, au rapport de M. Mérat, en parle d'une manière précise, a été longtemps négligé, jusqu'à ce que Buchanan (2) ayant observé les bons effets de ce médicament, en usage dans l'Inde de temps immémorial, en signalât les propriétés anthelminthiques. Plusieurs médecins ensuite, et, en particulier, les docteurs Flemming et P. Breton (3), etc., vantèrent ses propriétés. Enfin M. Mérat en a fait le sujet de recherches intéressantes, et depuis cette époque beaucoup de médecins ont cité les résultats favorables de leur expérience. Voici, suivant M. Mérat (4), comment doit être administrée la racine d'écorce de grenadier ;

Sans aucune préparation préalable, on fait prendre la décoction suivante :

℞ Écorce fraîche de racine de grenadier cultivé	60 gram.	Eau	750 gram.

Faites bouillir jusqu'à réduction à 500 grammes. A prendre en trois doses, à une heure d'intervalle.

Une circonstance importante pour assurer l'effet du médicament, c'est de ne le faire prendre que lorsque le malade rend actuellement des anneaux de tænia. C'est pour avoir négligé cette recommandation que, suivant M. Mérat (5), on a maintes fois échoué dans le traitement de ce ver. C'est aussi, ajoute-t-il, parce qu'on ne

(1) *Revue méd.*; Paris, 1825, t. II et IV.
(2) *Edinb. med. and surg. Journ.*, t. III.
(3) *Trans. med. chirurgical*; London, 1821, t. XI, p. 301.
(4) *Du tænia ou ver solitaire et de la cure radicale par l'écorce de racine de grenadier*; Paris, 1838, in-8.
(5) *Revue médicale*, septembre 1844.

s'est pas contenté d'administrer la racine de grenadier, parce qu'on y a joint des purgatifs, soit avant, soit après, ou bien qu'on n'a pas donné la dose telle qu'elle vient d'être indiquée, ou bien encore parce que, au lieu d'avoir recours à la racine fraîche, on a employé la racine sèche.

On ne saurait donc trop insister sur ces recommandations, et l'on doit engager les médecins à avoir égard, dans leurs recherches, aux circonstances qui viennent d'être indiquées.

Je ne peux cependant pas m'empêcher d'ajouter que presque tous les auteurs conseillent de donner de 50 à 60 grammes d'*huile de ricin*, soit avant l'administration de l'écorce de grenadier, soit après, soit à ces deux époques.

Dans un fait cité par M. Ferrus, un malade rendit un tænia à la suite de l'administration d'une *décoction un peu fermentée d'écorce de racine de grenadier*, tandis qu'auparavant une même dose non fermentée n'avait pas réussi. Mais ce fait isolé n'a point de valeur réelle, surtout quand on considère que les principales circonstances n'ont pas été notées.

Quelquefois on a prescrit la *décoction vineuse* de cette racine, que l'on a aussi associée à d'autres substances; mais il est impossible de savoir si ces préparations ont plus ou moins d'avantages que la précédente.

On trouve, dans le Formulaire de M. Foy (page 67), l'indication de *bols* dans lesquels l'écorce de grenadier est mêlée à d'autres substances, comme il suit :

℞ Poudre de racine d'écorce de grenadier........	4 gram.	Huile de croton tiglium........	4 goutt.
d'assa fœtida........	15 gram.	Sirop d'éther..................	Q. s.

Faites quinze bols. A prendre cinq par jour.

Sans entrer dans de plus grands détails sur l'emploi de cette substance, dont l'efficacité n'est pas contestable, quoiqu'on cite des cas dans lesquels elle a échoué, disons que la méthode de M. Mérat est celle que l'on doit particulièrement recommander, parce que ce médecin a rapporté un très grand nombre de faits qui parlent en sa faveur. Elle a toujours réussi entre les mains de M. Legendre (1).

M. Deslandes a proposé (2), non plus la décoction de racine de grenadier, mais l'*extrait alcoolique*, et, suivant lui, cette préparation, prise à la dose de 24 grammes, est plus efficace que la décoction ; mais le fait n'est pas suffisamment prouvé.

Enfin, quelques médecins ont eu recours à la *racine de grenadier sauvage ;* mais la racine de grenadier cultivé a assez d'efficacité pour qu'on s'en tienne à son administration.

Étain. Après les deux médicaments qui viennent d'être indiqués, l'*étain* est celui qui a joui de la plus grande réputation. La manière de l'administrer est assez variable, et presque toujours on a uni ce métal à d'autres substances dont on admet l'efficacité dans la cure du tænia. La *poudre de Guy* est une des préparations qui ont eu le plus de vogue. Voici comment elle est composée :

Poudre de Guy.

℞ Limaille d'étain.........	210 gram.	Fleurs de soufre............	4 gram.
Mercure coulant........	30 gram.		

(1) *Archiv. gén. de méd.*, 1850.
(2) *Bull. de thér.*, 1832.

Triturez dans un mortier jusqu'à réduction à une poudre très fine. A prendre de 1 gram. à 1,50 gram. dans la journée.

M. Fouquier unit l'étain au jalap dans la formule suivante :

℞ Étain granulé et porphyrisé...	30 gram.	Extrait d'armoise.............	4 gram.
Jalap en poudre............	4 gram.	Sirop de chicorée..............	Q. s.

Faites un électuaire, à prendre en douze ou quinze fois, de demi-heure en demi-heure.

Je pourrais multiplier les formules, mais sans utilité. Je me contente d'en ajouter une, qui est la plus simple de toutes, et qui permet d'apprécier plus exactement les résultats de l'étain.

Étain pulvérisé........	1,25 gram.	Miel despumé.............	Q. s.

Faites un électuaire, à prendre en une fois le matin. On peut doubler et même tripler la dose chez les adultes robustes.

Éther sulfurique. Voici encore un médicament qui a fait la base d'une méthode particulière, qu'on appelle *méthode de Bourdier*, et dans laquelle on retrouve la fougère mâle. Ce médecin agissait ainsi :

Méthode de Bourdier.

Faites prendre, le matin à jeun :

℞ Éther sulfurique............	4 gram.	Forte décoction de racine de fougère mâle.	1 verre.

Une heure après, administrez :

℞ Huile de ricin.........	60 gram.	Sirop de gomme..........	40 gram.

Mêlez.

En général, il faut répéter la dose le lendemain, et quelquefois le troisième jour. Lorsque le ver est senti dans le canal intestinal, on doit ajouter aux remèdes précédents le lavement suivant :

℞ Éther sulfurique............	8 gram.	Décoction de racine de fougère mâle.	Q. s.

L'éther sulfurique, préconisé également par Alibert (1), fait partie de plusieurs autres méthodes.

Huile empyreumatique de Chabert. Nous retrouvons ici ce remède, qui a été signalé dans le traitement de l'*ascaride lombricoïde* (*voy.* page 112). On se contente généralement de prescrire cette huile à la dose de *une ou deux cuillerées à café* par jour dans une demi-cuillerée à bouche de sirop de fleurs d'oranger. Bremser l'associe à son *électuaire vermifuge* et à son *purgatif;* mais ces moyens ne diffèrent pas assez de ceux qu'il emploie contre les ascarides, pour qu'il soit utile de les exposer.

Kousso. M. Stanislas Martin (2) a publié, il y a quelques années, une note sur les propriétés anthelmintiques du kousso ou kwoso (fleurs du *brayera anthelmintica*), substance employée de temps immémorial en Abyssinie. Plus récemment, M. Aubert-Roche a présenté à l'Académie de médecine, pour qu'on l'expérimentât, des fleurs de kousso apportées par M. Rochet-d'Héricourt, et M. Mérat (3),

(1) *Nouv. élém. de thérap.*, t. I.
(2) *Bull. gén. de thér.*, t. XVIII, p. 315.
(3) *Mém. de l'Ac. de médecine*, t. IX, p. 689. — *Bull. de l'Ac. de médecine*, t. VI, p. 492, t. XII, p. 690.

dans le rapport qu'il a fait à ce sujet, a rapporté les observations les plus concluantes en faveur de ce traitement qui produit l'expulsion complète du ver en très peu de temps et sans coliques. Une seule question est réservée par M. Mérat : c'est celle des récidives, que le temps seul peut résoudre. Le mode d'administration est très simple.

℞ Kousso	15 gram.	Eau bouillante	250 à 300 gram.

Faites infuser pendant dix minutes. A prendre en une fois sans passer l'infusion, mais en faisant avaler la substance elle-même.

On réussit même très bien en donnant le kousso seulement délayé dans une suffisante quantité d'eau.

Telles sont les principales substances mises en usage. Je pourrais y joindre l'*opium* (1), les *ferrugineux* (2), l'*assa-fœtida* (3), l'*acide carbonique*, les *amandes amères* (4), l'*électricité* (5) et même la *solution arsenicale de Fowler* (6) la *noix vomique* (7), et l'*acide prussique* (8) ; mais l'expérience n'a pas suffisamment parlé en faveur de ces moyens, dont quelques uns sont très dangereux. Je préfère terminer l'exposé de ce traitement en faisant connaître quelques autres méthodes particulières qui comprennent un certain nombre des médicaments que j'ai passés en revue.

Mathieu, pharmacien de Berlin, traitait le ver solitaire ainsi qu'il suit :

Méthode de Mathieu.

Quelques jours avant l'emploi des électuaires qui vont être indiqués, on recommande un *régime* composé de bouillon maigre, de potages légers, de légumes, de substances salées.

Puis on administre, *toutes les deux heures* et *pendant deux ou trois jours*, une *cuillerée à café* de l'électuaire suivant :

℞ Limaille d'étain	30 gram.	Jalap	āā 4 gram.
Racine de fougère mâle récente	25 gram.	Sulfate de potasse	
Semen-contra	15 gram.	Miel	Q. s.

Au bout de ce temps, on passe à l'administration d'un second électuaire, qu'on prescrit de la même manière, et qui est ainsi composé :

℞ Jalap	āā 2,50 gram.	Gomme gutte	0,50 gram.
Sulfate de potasse		Miel	Q. s.
Scammonée	1,25 gram.		

Au moment de l'expulsion on donne quelques cuillerées d'huile de ricin pour la faciliter.

(1) BREFELD, *in Hufeland's Journ.*, 1805.
(2) BREMSER, *Traité des vers intestinaux*; Paris, 1837, p. 455.
(3) MELLIN, SCHWARTZ, *Ibid.*, t. XII.
(4) HUFELAND.
(5) FRICKE, *in Med. chir. Zeit.*, 1795.
(6) FISCHER, *Med. papers comm. to the Massach. Med. Soc. Boston*, 1806.
(7) BREFELD, *in Hufeland's Journ.*, 1805.
(8) CAGNOLA, *in Annal. univ. di med.*, 1820.

M. le docteur Dupuis, de Mayence (1), a préconisé une préparation qui lui a constamment réussi. Je crois devoir la faire connaître.

Le malade prend, dès six heures du matin (sans qu'il soit besoin de régime ni de diète préservatrice), la moitié de la poudre qui suit, enveloppée dans un pain à chanter :

℞ Limaille d'étain anglais....	1,25 gram.	Gomme gutte..............	0,50 gram.
Tannin pur.............	0,50 gram.	Oléo-saccharum de cajeput....	0,25 gram.

Mêlez. Faites une poudre, et divisez en deux paquets égaux.

Une demi-heure après avoir pris le premier, le malade prend le second. Si le volume de la poudre paraissait trop considérable, on pourrait, sans inconvénient, supprimer l'oléo-saccharum.

Le malade prend, après chaque poudre, deux tasses de café très fort sans sucre. S'il survient des nausées, on lui donne quelques gouttes d'éther acétique.

Au bout de deux heures arrivent des tranchées pendant lesquelles le ver est expulsé, ordinairement sans être divisé en plusieurs parties. Le malade doit prendre de nouveau du café noir très fort aussitôt qu'il ressent les tranchées.

A la suite de l'expulsion du ver, que l'auteur a ainsi provoquée dans dix cas, il a cru devoir employer un traitement tonique. Il faisait prendre dans ce but, avec du vin, une certaine composition dans laquelle entrent de la teinture de fer et de la teinture de quinquina.

On voit que nous retrouvons dans cette méthode le *semen-contra*, plus particulièrement dirigé contre les *ascarides*.

La méthode du docteur Schmidt, achetée, comme la précédente, par le gouvernement prussien, et que Casper a rendue publique, mérite une mention, parce qu'elle contient quelques substances particulières, et entre autres l'*assa-fœtida* et la *digitale* :

Méthode de Schmitt.

On donne, le matin, deux cuillerées du mélange suivant :

℞ Racine de valériane officinale pulvérisée.............	2,40 gram.	Feuilles de séné...............	8 gram.

Faites une infusion de 180 grammes, et ajoutez :

Sulfate de soude.........	12 gram.	Oléo-saccharum de tanaisie......	8 gram.
Sirop de manne..........	60 gram.		

Mêlez.

On continuera ensuite l'administration de deux cuillerées de ce mélange, de deux en deux heures, jusqu'à sept heures du soir. Dans les intervalles, on fera boire beaucoup de café à l'eau fortement édulcoré, et l'on ne permettra pour alimentation qu'une légère soupe et un peu de hareng salé. Le reste du régime est composé d'aliments excitants et de beaucoup de sucre.

Le jour suivant, on fait prendre, à dater de six heures du matin, à des intervalles d'une ou deux heures, et jusqu'à l'expulsion du ver, les pilules suivantes :

(1) *Dietrichs newe medicinische Zeitung*, 1845 ; et *Journ. des conn. méd. chir.*, août 1845.

℞ Assa-fœtida.......... Extrait de chiendent....	ãã 12 gram.	Ipécacuanha en poudre.... Soufre doré d'antimoine pulvérisé..............	ãã 0,60 gram.
Gomme gutte......... Rhubarbe............ Racine de jalap en poudre.	ãã 8 gram.	Calomel....................	2,50 gram.
Feuilles de digitale pourprée.	0,60 gram.	Huile éthérée de tanaisie... d'anis.......	ãã 15 gouttes.

Faites des pilules de 0,30 grammes. A prendre au nombre de six chaque fois dans une cuillerée à café de sirop.

Une demi-heure après la première dose, on fait prendre une cuillerée à soupe d'huile de ricin, et dans le cours de la journée une grande quantité de café bien sucré. Il est bon de continuer à prendre une ou deux pilules les jours suivants.

On voit combien ces méthodes sont compliquées, et combien il serait nécessaire que des expériences bien faites nous fissent connaître quelle est la partie active d'un pareil traitement.

La *méthode de Vürtemberg* a pour substances actives la *racine de fougère mâle*, le *calomel* et quelques *purgatifs*. Celle de Siemerling (1), qui contient un grand nombre de détails, a également pour principal médicament la *fougère mâle*, à laquelle on joint l'*huile de ricin* et l'*huile de térébenthine*. Je pourrais en citer d'autres, mais il n'y aurait point d'utilité réelle, car elles ne diffèrent des précédentes que par quelques nuances ; et d'ailleurs on a vu, d'une part, que les moyens qui les composent sont amalgamés d'une manière peu rationnelle, et de l'autre, qu'on les a préconisés sans s'appuyer sur des observations rigoureuses.

M. le docteur Brunet (2) a obtenu l'expulsion de deux tænias complets par l'usage de la *pâte de graine de courge* ainsi préparée :

℞ Semences de courge pilée .	45 gram.	Sucre..................	45 gram.

Pilez. A prendre en une dose le matin.

Il faut répéter cette dose pendant plusieurs jours.

M. Sarraméa (3) a cité deux cas semblables.

M. le docteur Manlucci (4) a obtenu l'expulsion du tænia en administrant à un enfant de cinq ans 15 centigrammes de *ciguë* pulvérisée. Ce médicament peut causer des accidents.

Il me reste maintenant à dire un mot d'un remède secret administré dans les cas observés par M. Louis, et dont ce médecin a constaté d'une manière rigoureuse les excellents effets : c'est la *potion Darbon*. Malheureusement ce remède n'est point acquis à la pratique médicale ; nous n'en connaissons pas la composition, et c'est pourquoi je n'entrerai pas dans de grands détails à son sujet. « Tous les malades, dit M. Louis, ont pris sans préparation préalable et à jeun la potion de M. Darbon, à la dose de 240 à 300 grammes. Cette potion, d'une couleur brunâtre, épaisse et trouble, a paru à quelques malades un peu aigre et d'un goût d'écorce d'orange, tandis que d'autres ne lui ont trouvé aucune saveur déterminée.

» Des évacuations alvines plus ou moins nombreuses ont eu lieu trois, quatre et

(1) *Hufeland's journal*, t. LXXI.
(2) *Journ. de méd. de Bordeaux*, janvier 1846.
(3) *Ibidem*.
(4) *Il filiatre sebezio ; extrait dans Gaz. méd.*, 1845.

cinq heures, quelquefois plus tôt, quelquefois plus tard, après l'administration du remède, et étaient accompagnées d'un plus ou moins grand nombre d'articulations de tænia de toutes grandeurs. Dans plusieurs cas où les évacuations se faisaient trop longtemps attendre, on les a provoquées par un lavement d'eau simple ou animé d'un peu de sel. »

Les troubles causés par l'administration de ce remède sont très légers, et le rétablissement des malades est prompt et durable. Aussi M. Louis a-t-il pu dire, en terminant : « Aucun des remèdes vantés jusqu'ici contre le tænia n'agit d'une manière aussi douce, aussi constamment efficace, et c'est ce qui nous a fait dire que cette potion réunit le double avantage de la certitude et de la sécurité. »

On ne peut s'empêcher, après cela, de faire des vœux pour que l'usage de cette potion devienne licite.

Comme je l'ai dit dans un des passages précédents, il peut arriver qu'une portion du tænia seulement sorte par l'anus, le reste du ver étant encore contenu dans l'intestin, et l'on a vu qu'en pareil cas les auteurs sont unanimes pour recommander de ne point exercer sur lui, dans le but de favoriser cette *expulsion incomplète*, la traction même la plus légère, mais bien de rester sur le bassin et de faire des efforts de défécation. Suivant Brera, la traction sur le ver a des inconvénients plus graves encore : il a vu, dit-il, en pareil cas, le malade, après avoir éprouvé un tiraillement dans l'abdomen, tomber en convulsions. Cet auteur conseille de *lier plutôt la portion sortie* avec un fil de soie, de faire prendre au malade une potion laxative, et de le faire rester sur la chaise percée jusqu'à entière expulsion du ver.

Un autre accident qui mérite d'être signalé, et que la plupart des médecins qui se sont occupés du tænia ont observé, est, au moment de l'expulsion, une lipothymie précédée d'anxiété précordiale, et qui se termine souvent par le vomissement. Cet accident ne doit pas inspirer de craintes, car l'expérience a prouvé qu'il se dissipe rapidement ; et, suivant Brera, le seul moyen qu'on doive lui opposer est de faire respirer au malade l'*acide acétique*. Nous avons vu que les accidents de ce genre n'avaient pas lieu pendant l'administration du *remède Darbon ;* nous pouvons ajouter qu'ils ne se montrent pas davantage après l'administration du *kousso*.

Résumé. Tels sont les principaux moyens dirigés contre le tænia, et l'on voit qu'après la potion Darbon et le kousso, l'écorce de racine de grenadier, telle qu'elle est administrée par M. Mérat, constitue le médicament le plus facile à employer et le plus sûr dans ses résultats. Et comme il est beaucoup moins dispendieux que le kousso, c'est de tous les remèdes que nous pouvons mettre en usage celui que nous devons principalement recommander ; mais il faut avoir soin, je le répète, dans son administration, de suivre les indications sur lesquelles M. Mérat a tant insisté.

Il n'y a évidemment point d'*ordonnances* à donner pour un traitement qui consiste dans des méthodes particulières dont chacune est une ordonnance complète.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Vomitifs, purgatifs ; préparations mercurielles ; méthode de Beck ; racine de fougère ; méthode Nouffer ; méthode de Peschier ; racine de grenadier ; méthode de M. Mérat ; kousso ; étain ; éther sulfurique ; méthode de Bourdier ; huile empyreumatique de Chabert ; moyens divers ; méthode de Mathieu ; méthode de Schmidt ; remède Darbon.

LIVRE QUATRIÈME.

Maladies des annexes des voies digestives.

FOIE, RATE, PANCRÉAS, PÉRITOINE.

Je rassemble dans un même livre les maladies des diverses parties que je viens de mentionner, parce que, d'une part, elles ont entre elles une liaison assez grande, et que d'une autre, ayant des rapports évidents avec les affections étudiées dans le livre précédent, elles prennent naturellement leur place à la suite de ces affections. Je sais qu'il est un peu arbitraire de ranger parmi elles les maladies du *péritoine*, parce que cette séreuse ne peut pas être rigoureusement considérée comme une simple annexe des voies digestives, et que ses maladies sont en outre liées à celles d'autres organes, tels que les reins, les ovaires, la matrice, etc. Mais, après y avoir réfléchi, j'ai vu que je ne pouvais pas trouver pour elles de place plus convenable, et qu'en les décrivant ici je rendrais faciles toutes les recherches, en même temps que je rapprocherais les affections péritonéales de celles avec lesquelles il importe le plus de les comparer. Cette raison m'a déterminé.

Les affections des annexes des voies digestives sont bien loin d'avoir toutes la même importance. Ainsi les maladies de la *rate*, malgré les assertions plus qu'exagérées soutenues dans ces derniers temps par M. Piorry, n'ont qu'un intérêt médiocre, et celles du *pancréas* ne méritent guère qu'une mention. Celles du foie, et surtout celles du péritoine, nous occuperont donc presque exclusivement.

CHAPITRE I.

MALADIES DU FOIE.

On a beaucoup disserté, beaucoup écrit sur les maladies du foie, et cependant, de l'aveu de tous les auteurs, rien n'est plus obscur que leur histoire. Mais, s'il en est ainsi, ce n'est pas seulement, il faut le dire, parce que l'étude de leurs symptômes est difficile ; c'est aussi parce que l'observation ne s'est généralement exercée sur elles qu'avec négligence, et surtout parce que personne n'a encore entrepris de réunir tous les faits épars, d'en recueillir d'autres bien complets et en nombre un peu considérable, et de les soumettre tous à une analyse rigoureuse. Espérons qu'un semblable travail sera enfin l'objet de recherches sérieuses.

En attendant, je vais, autant qu'il me sera possible dans cet ouvrage, chercher à éclaircir les points obscurs, en remontant aux sources, c'est-à-dire aux observations des auteurs, et en consultant quelques faits inédits que j'ai entre les mains. Je dirai d'abord un mot de la *congestion sanguine* et de l'*apoplexie hépatique*; puis je passerai en revue : l'*hépatite;* les *abcès du foie ;* le *cancer ;* la *cirrhose ;*

l'*hypertrophie*, l'*atrophie* ; les *kystes* ; les *entozoaires*, et je mentionnerai quelques affections admises par la plupart des auteurs, mais qui seront pour moi l'objet de quelques discussions.

ARTICLE I.

CONGESTION SANGUINE ET APOPLEXIE HÉPATIQUE.

Doit-on considérer la *congestion sanguine du foie* comme une maladie à part? Je ne le pense pas. Il est certain que cet organe éminemment vasculaire a une tendance marquée à se congestionner; mais c'est par suite d'obstacles au cours du sang, pendant la durée des maladies du cœur et dans d'autres affections où il y a des troubles de la circulation, comme dans l'asphyxie. Dès lors on ne peut plus considérer la congestion sanguine du foie indépendamment des affections avec lesquelles elle est liée ; et tout ce qu'il importe d'en dire ici, c'est que ses *symptômes* sont une augmentation de volume reconnaissable par la palpation et la percussion ; une gêne dans la région du foie, et parfois un sentiment de pesanteur. Si la congestion est très considérable, et si le volume du foie est beaucoup augmenté, la compression du poumon à travers le diaphragme peut venir joindre son action aux causes qui rendent déjà la respiration laborieuse. Le *meilleur moyen* pour faire cesser cette congestion est, comme je l'ai dit à l'occasion des maladies du cœur, d'appliquer à l'anus des *sangsues* en nombre suffisant.

On voit, d'après le peu d'importance que j'attache à cette lésion considérée comme maladie à part, qu'il serait inutile de discuter les diverses assertions des auteurs, et entre autres la division suivante, proposée par M. Kiernan. Cet auteur a distingué la congestion hépatique en *partielle* et *générale*, et la première de ces deux espèces en deux autres qui sont produites, l'une par la stase du sang dans les *veines hépatiques*, l'autre par la stase du sang dans la *veine porte*. Ces distinctions n'ont évidemment pas d'intérêt actuel pour la pratique.

Apoplexie hépatique. L'apoplexie du foie a un peu plus d'importance, parce que nous possédons un certain nombre de faits dans lesquels elle s'est montrée comme maladie particulière. Toutefois, il faut le reconnaître, cette importance n'est pas encore très grande pour nous, car dans les cas où l'apoplexie doit être admise, la mort a été subite ou si prompte qu'on n'a pas pu porter secours aux malades.

Parmi les faits d'apoplexie pulmonaire qui ont été cités, les plus remarquables sont dus à MM. Andral (1), Honoré (2), Robert (3), Heyfelder (4), et quelques autres. C'est à tort, ainsi que nous le verrons plus loin, qu'on a voulu réunir à ces faits, sous le nom d'*hémorrhagie hépatique*, une observation rapportée par M. Louis (5) ; ce cas ressemble, il est vrai, à quelques uns des précédents par l'hémorrhagie qui s'est fait jour dans l'intestin, mais il en diffère par un point capital, puisqu'il y avait existence préalable d'une hépatite et rupture très probable d'un vaisseau dans un foyer purulent. C'est donc à l'article *Hépatite* qu'il faut le renvoyer.

(1) *Cliniq. méd.*, t. II, 3e éd., p. 259.
(2) *Communic. à l'Ac. de méd.*
(3) Dans Mém. de Brierre de Boismont, *Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. XVI, 1828.
(4) *Arch. gén.*, déc. 1839.
(5) *Rech. anat.-path.*, p. 376.

Les faits que je viens de mentionner peuvent être divisés en trois espèces différentes. Dans la *première*, nous trouvons une de ces hémorrhagies que l'on doit rapporter à une altération du sang, et qui ont été décrites sous le nom d'*hémorrhagies constitutionnelles*. Le cas rapporté par le docteur Bonorden (1), et celui que nous devons à M. Brierre de Boismont, sont des exemples de cette espèce d'*apoplexie hépatique*. Les sujets de ces observations avaient non seulement un épanchement de sang dans le foie, mais encore des infiltrations ou des foyers sanguins dans d'autres parties du corps. Dans le cas rapporté par M. Bonorden, ces épanchements se trouvaient dans un grand nombre de points du tissu sous-cutané, et, dans celui de M. Brierre de Boismont, des tumeurs sanguines occupaient, outre le foie, la rate, les glandes mammaires, la peau du ventre et des fesses, la substance cérébrale, le poumon, le pancréas, les reins et l'ovaire droit.

Dans la *seconde espèce*, il y a *rupture d'un vaisseau* dans le foie, et l'on peut rapprocher, en pareil cas, l'apoplexie hépatique de certaines apoplexies cérébrales. Le cas cité par M. Andral, et celui que l'on doit à M. Heyfelder, en sont des exemples.

Enfin, *dans d'autres cas*, on ne trouve ni dans l'état du sang, ni dans l'état de l'organe, de cause à laquelle on puisse assigner l'épanchement de sang. M. Honoré a présenté à l'Académie de médecine, il y a quelques années, un fait de ce genre.

Le plus souvent on ne peut reconnaître aucun *symptôme* à l'apoplexie hépatique, soit que les faits n'aient pas attiré suffisamment l'attention, soit que la mort ait été presque subite, soit enfin que, comme dans les cas où il y a en même temps plusieurs hémorrhagies intestinales, on ne puisse pas plus attribuer la production des phénomènes à cette apoplexie qu'aux apoplexies des autres organes et à l'altération du sang. Ce qu'il y a de plus général dans les faits cités plus haut, c'est un *malaise notable*, des *douleurs dans l'abdomen*, et parfois des *vomissements*. Une *syncope* peut précéder la mort pendant un temps assez long, comme on l'a constaté dans le cas rapporté par M. Heyfelder.

Le docteur J. Abercrombie (2) a cité un cas d'*apoplexie du foie* chez une femme en couches. L'apoplexie se produisit environ une heure après l'accouchement. Les symptômes furent les suivants : Douleur vive à l'hypochondre, oppression, dyspnée, vomissements, refroidissement, pâleur, bourdonnements d'oreille, éblouissements, pouls petit. On trouva, à l'autopsie, un sac volumineux, fourni par le péritoine, occupant la face antérieure et inférieure, et plein de sang. M. Andral (3) rapporte un cas de ce genre, on en doit un autre au docteur Gilbert Blane (4), et M. Heyfelder (5) a rassemblé les cas connus de cette affection.

A l'autopsie, on trouve dans le parenchyme du foie un ou plusieurs foyers assez semblables à ceux qui constituent l'apoplexie pulmonaire. Le sang, pris ordinairement en caillots noirs, peut être en partie liquide. Après son évacuation, il reste une excavation irrégulière dont les parois, formées par le tissu hépatique, sont infiltrées de sang et plus ou moins ramollies.

On voit, d'après ce qui précède, que nous n'aurions rien à ajouter de bien intéressant à cette courte description. Nous n'avons également que des données très

(1) *Zeit. des Vereins Mediz. in Preuss.*, 1838.
(2) *Lond. med. Gaz.*, sept. 1844.
(3) *Anat. path.*, t. II, p. 689.
(4) *Trans. of the Soc. for the improv.*, t. II, p. 18.
(5) *Stud. im Gebiete der Heilwissenschaft*, t. Ier, p. 130.

vagues sur le *traitement*. La *saignée*, l'application de *sangsues* sur la région hépatique et à l'anus, le *repos*, les *boissons froides*, la *diète*, et, dans le cas où l'on peut soupçonner une altération du sang, les *boissons acides*, sont les moyens qui paraissent le mieux indiqués. Voilà tout ce qu'il est permis de dire, en attendant que l'observation nous ait fourni des documents plus précis. On pourra, du reste, consulter, pour plus de détails, un mémoire de M. Fauconneau-Dufresne (1), dans lequel cet auteur a rassemblé les cas les plus intéressants d'hémorrhagie du foie.

ARTICLE II.

HÉPATITE AIGUE.

L'hépatite est, malgré tous les travaux entrepris à ce sujet, et malgré les recherches faites par les médecins qui ont exercé dans les pays chauds, une des affections les moins bien connues, ce qui tient évidemment au peu de soin que l'on a apporté dans l'observation. C'est à Hippocrate même qu'il faut faire remonter les premières indications de l'hépatite ; mais dans ses ouvrages (2), ainsi que dans ceux de Galien et des médecins des siècles passés, l'inflammation aiguë est confondue avec l'inflammation chronique, et souvent même avec d'autres affections chroniques du foie, en sorte qu'il est très difficile, sinon impossible, d'y distinguer suffisamment les cas particuliers. Les ouvrages qui ont eu le plus de réputation à la fin du siècle dernier et au commencement de celui-ci, sont ceux de Bianchi (3), de Girdlestone (4), de Clarck, de Portal (5) et de Saunders (6). Enfin, dans ces dernières années, MM. Andral (7) et Louis (8) nous offrent plusieurs observations intéressantes dont il sera particulièrement question dans cet article. Un bon nombre d'autres faits sont épars dans les ouvrages anciens, tels que ceux de Schenck (9), de Forestus (10), de Fabrice de Hilden (11), de Baillou (12), de Lieutaud (13), etc., et dans les divers recueils de médecine. Tous ces faits sont difficiles à réunir, parce que beaucoup d'entre eux sont dissemblables ; cependant je chercherai à en indiquer les principaux.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

L'hépatite aiguë est l'inflammation du foie qui parcourt rapidement ses périodes. Cette maladie a été encore désignée sous les noms de *febris icterodes*, *febris hepatica*, *inflammation du foie*, *jecoris vomica*, *phlegmo*, *erysipelas hepatidis*, etc.

Sa *fréquence* est, suivant les auteurs, très différente selon les lieux où l'on observe. C'est ainsi que, d'après l'opinion générale, elle est très commune dans les pays chauds. Nous savons, au contraire, que, dans nos pays, c'est une affection

(1) *Mém. sur les hémorrh. du foie* (*Union médicale*, n° du 24 juillet 1847 et suiv.).
(2) *Œuvres complètes*, trad. par Littré, t. VII, *Des affections internes*, p. 237.
(3) *Historia hepatica* ; Genevæ, 1725, 2 vol. in-4.
(4) *Essays on the hepatic and spasmodic affections in India.* ; London, 1788.
(5) *Observ. sur la nat. et le trait. des malad. du foie* ; Paris, 1813.
(6) *Traité des mal. du foie*, Paris, 1804. — *Obs. on hepat. in India* ; London, 1809.
(7) *Clin. méd.*, 3e éd., t. II.
(8) *Rech. anat.-path.: Abcès du foie.*
(9) *Observationes medicæ*, lib. III, sect. II.
(10) *Observat. med.*, lib. XIX.
(11) *Observat. med.*, cent. II.
(12) *Opera omnia medica*, edente Tronchin ; Genevæ, 1762, cent. I.
(13) *Historia anatomico-medica* ; Paris, 1767, sect. VI.

assez rare. Nous allons voir à l'article des causes ce qu'il faut penser de la première de ces assertions.

§ II. — Causes.

Tout le monde convient que l'étiologie de l'hépatite en général et de l'hépatite aiguë en particulier est extrêmement incertaine. Les recherches sur ce point n'ont pas été faites d'une manière rigoureuse, et il n'est pas, on peut le dire, une seule des assertions des auteurs qui ne soit sujette à contestation.

1° Causes prédisposantes.

On n'est nullement d'accord sur l'*âge* qui prédispose particulièrement à l'inflammation du foie. Plusieurs auteurs, parmi lesquels il faut citer Girdlestone, affirment qu'elle ne sévit que dans l'*âge adulte*, et ce médecin a noté que de vingt tambours du régiment sur lequel il observait, aucun n'a présenté la maladie : ces sujets n'avaient pas atteint l'âge de la puberté. D'autres, au contraire, ont regardé l'affection comme assez fréquente chez les *enfants*, pour en avoir fait une espèce particulière ; c'est ce que nous trouvons dans l'ouvrage de Naumann (1). Cette dernière assertion ne me paraît pas fondée sur les faits. Ce qui a induit en erreur, c'est que, dans les maladies des enfants nouveau-nés, on observe la coïncidence d'une coloration jaune avec les maladies du tube digestif, et qu'il a suffi à quelques auteurs de trouver une simple congestion hépatique avec ramollissement pour croire à une inflammation du foie. Je reviendrai sur ce point à l'occasion de l'*ictère*. Dans les observations rapportées par MM. Andral et Louis, la plupart des sujets avaient de vingt à quarante ans. Il ne faut pas croire cependant, comme on l'a avancé, que la maladie soit très rare après cet âge ; car, sur treize observations, je trouve que quatre sujets avaient atteint ou dépassé l'âge de cinquante ans.

Quant au *sexe*, nous n'avons pas de données bien positives sur son influence ; cependant une grande quantité des faits qui ont été cités par les auteurs se rapportent au sexe masculin. Mais n'oublions pas que les observations ont été généralement prises dans des régiments. Dans celles que je viens d'indiquer, il se trouvait cinq femmes sur treize.

Nous n'avons également que des renseignements très peu précis sur l'influence de la *constitution*. Ce qui rend difficile l'appréciation de cette cause, c'est que, comme nous le verrons plus loin, l'inflammation du foie attaque fréquemment des sujets ayant déjà une autre maladie qui a pu détériorer la constitution.

Il était inévitable qu'on accusât le *tempérament bilieux* de produire l'inflammation du foie ; mais cette assertion, qui remonte à Hippocrate, n'est pas appuyée sur des faits positifs : aussi quelques médecins ont-ils pu trouver dans le *tempérament sanguin* une cause prédisposante plus efficace.

Le *régime* est-il une cause bien évidente de maladie du foie ? Tout le monde sait qu'on regarde l'*usage immodéré des boissons spiritueuses*, des *aliments excitants*, des *excès* de tout genre, comme la cause la plus puissante de l'hépatite dans les pays chauds ; mais nous connaissons aussi un bon nombre de cas dans lesquels le régime le plus sévère n'a pas pu préserver de cette affection. Sans nier l'action de cette cause, reconnaissons donc qu'elle n'a pas été suffisamment appréciée.

(1) *Hand. der med. Klin.*, t. V.

L'abus des purgatifs, et en particulier du *calomel*, a été signalé comme une cause prédisposante aussi bien qu'excitante de l'inflammation du foie. Girdlestone se prononce formellement pour la fâcheuse influence du calomel, mais ce n'est de sa part qu'une simple assertion.

Les *passions tristes*, la *pléthore*, le *vice scrofuleux*, ont été également rangés parmi ces causes. Il en est de même du *vice arthritique*, et l'on a été jusqu'à dire que les enfants étaient principalement sujets à l'hépatite pendant la *période de la dentition*. Ce sont là des assertions sans preuves, de même que celle de Van-Swieten, qui prétend que l'*abondance de la graisse dans l'épiploon* est une cause puissante d'hépatite, surtout s'il s'y joint un exercice trop violent.

Il n'est pas jusqu'à l'*hérédité* qui n'ait trouvé place dans cette liste, et P. Frank(1) se prononce formellement en faveur de cette opinion, combattue par d'autres auteurs, et qui n'est ni prouvée, ni même probable.

L'influence du *climat* et des *saisons* est celle qui tient la première place dans les ouvrages des auteurs, et principalement de ceux qui ont observé dans les pays chauds. C'est dans l'Inde, aux Antilles, au Sénégal, que ces auteurs placent le théâtre principal de l'affection. Toutefois il est à ce sujet une remarque à faire et qui m'est inspirée particulièrement par l'ouvrage du docteur Annesley (2). Suivant cet auteur, il suffit d'une simple congestion du foie pour caractériser l'hépatite, et cette maladie lui a paru évidente lorsqu'il a trouvé cet état de l'organe chez des sujets emportés par d'autres affections, et entre autres par la dyssenterie. Mais, ainsi que nous le verrons plus loin, rien n'est moins admissible que cette manière de voir, dans laquelle on trouve la raison de cette proposition exagérée. Toutefois, quoique nous ne puissions pas arriver à une détermination précise de l'influence des climats chauds, nous devons citer comme probante, d'une manière générale, l'unanimité des auteurs sur ce point. M. le docteur Rufz, qui a observé à la Martinique, s'est convaincu qu'en effet les abcès du foie sont fréquents aux Antilles, sans toutefois déterminer leur degré de fréquence. D'un autre côté, il est vrai, P. Frank nous dit qu'il n'a pas observé plus souvent cette maladie dans les contrées méridionales de l'Europe que dans les contrées septentrionales. Mais on peut penser que la différence entre les climats où il a observé n'est pas assez grande pour établir une différence marquée dans la fréquence de la maladie. Enfin, pour montrer combien les opinions sur ce point sont contradictoires, ajoutons que Irvine affirme que cette affection est très fréquente en Sicile, tandis que Schœnlein l'a trouvée plus commune dans les pays humides. Il reste, comme on le voit, beaucoup à faire sur ce point d'étiologie.

Il en est de même relativement aux *saisons*. Ainsi, tandis que les uns affirment que la maladie est surtout fréquente dans les saisons chaudes, d'autres, d'après Hippocrate, en trouvent le plus haut degré de fréquence vers l'automne. On a été encore plus loin relativement aux influences que je viens d'indiquer. C'est ainsi que Hamilton Bell prétend que le séjour dans les climats chauds non seulement prédispose à y contracter la maladie, mais encore laisse une prédisposition qui persiste après le retour en Europe. J'ajoute que dans les recherches de M. Louis

(1) *Traité de médecine pratique*; Paris, 1842, t. I.

(2) *Researches into causes, nature, and treatment of the more prevalent diseases of India*; London, 1828, t. II, in-4.

il ne s'est pas offert un seul cas pendant les grandes chaleurs. Il est vrai que ces faits sont en très petit nombre.

Il est une considération qui a été présentée, mais sur laquelle on n'a pas suffisamment insisté : c'est que l'inflammation aiguë du foie survient très fréquemment *dans le cours d'autres affections*. Si l'on consulte en particulier les faits rapportés par MM. Andral et Louis, on voit que les sujets étaient atteints, lors de l'invasion de l'hépatite, de maladies intestinales et pulmonaires qui duraient depuis un temps plus ou moins long. Toutefois on ne saurait regarder l'hépatite, même dans ces cas, comme une simple lésion secondaire. Les circonstances dans lesquelles elle se produit ont toujours, en effet, quelque chose de particulier.

Les recherches faites dans l'Afrique française depuis l'occupation ont démontré que l'hépatite est souvent la *conséquence de la dyssenterie*. C'est ce qui résulte des observations de M. Haspel (1), de M. Catteloup (2), de M. Cambay (3), de Casimir Broussais (4). On explique en pareil cas la production de la maladie par l'extension de l'inflammation au foie, et par le transport dans cet organe des matières septiques puisées dans l'intestin par les veines intestinales qui se réunissent pour former la veine porte. M. Legendre (5) a vu chez les enfants l'hépatite succéder à l'entérite.

Il faut dire aussi qu'on a fréquemment regardé comme de simples hépatites des abcès multiples du foie résultant de la *phlébite suppurative ;* faits qui ne doivent pas nous occuper ici, parce que je les ai suffisamment indiqués ailleurs (6). C'est là la principale cause de l'erreur émise par un grand nombre d'auteurs qui ont regardé comme produisant l'inflammation du foie certaines affections de l'encéphale résultant des blessures du crâne.

Je ne pousse pas plus loin l'exposé de ces causes prédisposantes, parce que je n'aurais à consigner que des suppositions plus ou moins gratuites, et que ce que nous devons chercher avant tout, c'est la précision.

2° Causes occasionnelles.

J'ai suffisamment parlé plus haut des *conditions atmosphériques ;* je n'y reviendrai donc pas ici : je dirai seulement que l'effet d'un *soleil ardent*, regardé comme cause déterminante de l'hépatite, a servi de prétexte à quelques auteurs, et en particulier à Girdlestone, pour chercher à établir le consensus entre les maladies du cerveau et du foie, dont je parlais tout à l'heure. D'un autre côté, certains médecins ont, après Arétée, attribué le développement de l'hépatite à l'*action du froid ;* cette contradiction flagrante prouve combien nous sommes peu instruits sur ce point.

Les *blessures du foie*, qui constituent une espèce particulière d'hépatite (*H. traumatique*), sont une cause évidente, mais elles regardent la chirurgie. Il n'en est pas de même des contusions sur la région hépatique : lorsqu'elles déterminent une *rupture* de l'organe, elles rentrent, il est vrai, dans l'espèce précédente, mais quelquefois l'inflammation se développe à la suite d'une contusion simple ; c'est

(1) *Mém. de méd. de chir. et de pharm. militaires ;* Paris, 1843, t. LV.
(2) *Des maladies du foie en Algérie*, même recueil ; Paris, 1845, t. LVIII.
(3) *Malad. des pays chauds ;* Paris, 1848.
(4) *Notice sur le climat et les maladies de l'Algérie, Mém. de méd. et de chir. milit.*, t. LX.
(5) *Rech. anat.-path. et clin. sur quelques malad. de l'enfance ;* Paris, 1846.
(6) Voy. t. II, article *Phlébite*.

ce qui a été observé dans un petit nombre de cas. Je ne citerai pas ici celui que rapporte M. Andral (1), parce qu'il s'agit d'une *hépatite chronique*.

J'ai déjà parlé de l'*abus des liqueurs fermentées*, sur lesquelles insiste principalement Annesley, et de l'*exercice violent*. Les *passions tristes* et les *passions violentes*, comme la *colère*, sont rangées parmi les causes excitantes ; mais on s'est fondé principalement sur les cas d'ictère, ce qui est évidemment une faute, puisque, dans les cas de ce genre, on observe l'ictère simple et non l'hépatite.

Je ne ferai que citer la *suppression d'un flux diarrhéique* (Fréd. Hoffmann) ou de tout autre flux ; l'*extirpation des hémorrhoïdes*, etc. Il est évident aujourd'hui qu'on a presque toujours attribué à ces suppressions et à ces opérations une affection du foie déjà existante.

Les *corps étrangers* introduits dans le foie à travers l'intestin peuvent produire l'hépatite, comme l'a observé Marchant (2), qui en a cité un exemple ; mais ce sont là des cas extrêmement rares.

J'ajoute, pour démontrer l'incertitude de cette étiologie, que dans les observations que j'ai rassemblées, *on n'a point trouvé de cause occasionnelle appréciable.*

Reste une dernière question : Les *maladies gastro-intestinales*, et en particulier l'inflammation, peuvent-elles, en se propageant au foie, déterminer l'hépatite? C'est là une opinion qui a été soutenue dans ces dernières années par les médecins de l'école physiologique ; mais elle tombe devant les faits, car on n'a trouvé ni dans l'estomac ni dans l'intestin aucune lésion qui ait un rapport direct avec l'inflammation du foie. Le duodénum en particulier, sur l'inflammation duquel Cas. Broussais (3) avait spécialement attiré l'attention, a été toujours examiné avec soin par M. Louis, qui l'a constamment trouvé à l'état sain. Il n'est pas douteux, il est vrai, que l'inflammation du foie ne se soit assez souvent montrée dans le cours des inflammations gastro-intestinales, mais nous avons vu qu'il en était de même pour les affections du poumon, et par conséquent il n'y a là rien de propre aux maladies de l'intestin.

Il n'y a évidemment d'admissible que la transmission de l'inflammation de l'intestin au foie par l'intermédiaire des veines, ce qui est bien différent de la propagation de l'inflammation telle que l'entendait l'école physiologique, et encore n'avons-nous pas, sur ce point, une démonstration complète.

On a cité comme démontrée l'existence de véritables *épidémies* d'hépatite ; mais si l'on jette un coup d'œil sur les principaux auteurs, on voit bientôt que ces prétendues épidémies ne sont autre chose qu'une certaine augmentation dans la fréquence de l'affection, ou de simples épidémies d'ictère. L'existence de la *contagion* signalée par J. Frank (4) est encore moins admissible, puisque cet auteur, pour l'établir, n'a trouvé rien de mieux que de citer l'inflammation du foie dans la peste et dans le typhus.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de l'hépatite aiguë sont très difficiles à tracer d'une manière pré-

(1) *Loc. cit.*, obs. XXVIII.
(2) Voy. FOURCROY, *Méd. éclairée par les sc. phys.*; Paris, 1792, t. IV.
(3) *Sur la duodénite chronique*; Paris, 1825, in-8.
(4) *Praxeos medicæ* pars III, vol. II, sect. II, *De hepatitide*.

cise, ce qui tient aux complications et au mélange fréquent des phénomènes primitifs et des phénomènes secondaires. Je vais tâcher, à l'aide des observations, de démêler ce qui appartient en propre à l'inflammation du foie.

Faut-il, dans la description des symptômes, suivre une des divisions qui ont été proposées par les auteurs? Nous savons que les anciens, sous les noms d'*érysipèle* et de *phlegmon du foie*, distinguaient l'inflammation des parties superficielles de celle des parties profondes; mais lorsqu'on a voulu chercher dans l'anatomie pathologique l'existence de cette division, on a vu que la péritonite partielle en avait imposé pour une inflammation de l'organe lui-même. Cependant Naumann a cru devoir conserver cette distinction; mais nous ne pouvons pas plus l'admettre que nous n'avons admis comme inflammation superficielle du poumon la pleurésie, qui se joint si souvent à la pneumonie. Le même auteur distingue ensuite l'hépatite: en *inflammation de la partie convexe*, *inflammation de la partie inférieure*, *inflammation du centre*, *inflammation du lobe gauche*, et enfin, comme je l'ai dit plus haut, il décrit l'*hépatite des enfants*. La division d'Annesley se rapproche de la précédente, sauf qu'il ne traite pas de la dernière espèce. Quant aux divisions des autres auteurs, elles n'ont pas une valeur bien grande, et pour le prouver il me suffit d'indiquer celle de Jos. Frank, qui veut qu'on décrive séparément les hépatites : *traumatique*, *causée par un calcul*, *rhumatique et catarrhale*, *inflammatoire*, *nerveuse*, *gastrique* et *intermittente*. Cette division, fondée soit sur certaines causes, soit sur des symptômes accidentels, soit sur de simples hypothèses, n'a point de valeur réelle. Il me suffira de mentionner plus loin quelques unes des circonstances qui viennent d'être indiquées.

En définitive, je pense que dans l'état actuel de la science, on ne peut faire autrement que de décrire les symptômes de l'hépatite aiguë en général, et de réserver l'examen des assertions des auteurs, relativement à l'hépatite partielle, pour quelques considérations ultérieures.

Début. Il est très difficile de reconnaître dans les symptômes du début ce qui appartient en propre à l'hépatite, parce que, comme nous l'avons dit plus haut, cette affection survient dans le cours d'autres maladies plus ou moins intenses. Cependant, dans quelques unes des observations de M. Louis, on trouve des phénomènes qui se rapportent évidemment au début de l'affection hépatique. Chez deux malades, en effet, qui avaient l'un une bronchite intense, l'autre des phénomènes gastriques durant depuis longtemps, il survint un *frisson* notable, suivi chez l'un d'eux d'*autres frissons* qui se reproduisaient tous les soirs, et chez tous les deux d'une *chaleur* plus ou moins vive. Chez un troisième, la chaleur exista seule avec un mouvement fébrile assez marqué. Ce qui prouve que ces symptômes étaient liés à l'apparition de l'hépatite, c'est qu'en même temps, ou très peu de temps après, survinrent la douleur de l'hypochondre droit et l'ictère, symptômes qui, comme nous le verrons plus loin, sont, lorsqu'ils existent ensemble, les plus propres à caractériser cette maladie.

Il est plus que probable que lorsque l'inflammation du foie se manifeste avec un degré d'acuité marqué, des signes de ce genre doivent se montrer très fréquemment; mais on est appelé souvent trop tard pour les constater, les malades donnent des renseignements insuffisants, et d'ailleurs la maladie peut se développer dans le cours d'une autre affection fébrile : autant de causes qui empêchent qu'on

puisse facilement les reconnaître. Cependant il n'est pas douteux que l'inflammation du foie peut débuter simplement par des symptômes locaux, et c'est ce qu'on a observé principalement lorsque l'hépatite est le résultat d'une contusion. Sous ce rapport donc, cette maladie ne diffère pas des autres affections inflammatoires, et notamment de la pneumonie.

En même temps que ces symptômes du début ont lieu, on note des symptômes gastriques qui peuvent dépendre uniquement de l'hépatite, comme le prouve une observation citée par M. Andral (obs. XXIV). Le sujet fut en effet pris tout à coup des signes d'une violente indigestion, bientôt suivie des phénomènes qui caractérisent l'inflammation du foie. Dans la première observation de M. Louis, nous voyons également des troubles digestifs apparaître en même temps que les frissons qui annonçaient l'hépatite. Ces troubles digestifs consistent dans l'*anorexie* poussée parfois jusqu'au dégoût pour les aliments, et souvent dans une *soif vive*. Nous allons, au reste, retrouver ces symptômes dans la description suivante.

Symptômes. Une *douleur* plus ou moins vive se montre dans la région du foie. Elle se fait moins souvent sentir à la *pression* que d'une manière *spontanée*, ce qui tient probablement à ce que la pression ne peut pas être exercée d'une manière convenable, vu la profondeur où se trouve la lésion. Lorsque la *douleur à la pression* existe, elle est presque toujours précédée d'une *douleur spontanée;* néanmoins, dans un cas cité par M. Louis, celle-ci a manqué complétement, tandis que la première était notable. Dans un autre, dont je dois la communication à M. Fauvel, il n'existait qu'une simple *gêne* dans l'hypochondre droit.

Quoique la douleur, comme je l'ai dit, se montre ordinairement, on la voit cependant manquer complétement dans un nombre assez notable d'observations. C'est ainsi que sur quinze cas empruntés à Portal et à MM. Andral, Louis et Fauvel, *la douleur a été nulle* cinq fois. Si donc nous cherchons à apprécier ce symptôme, nous voyons que seul il n'a pas une valeur absolue, mais que toutefois il doit être pris en grande considération, et que, rapproché d'autres phénomènes que nous indiquerons plus tard, il doit nécessairement acquérir une grande importance.

Parfois la douleur est *très vive*, mais le plus souvent elle n'a qu'une médiocre intensité, et il est rare qu'on observe de véritables *élancements*. M. Bonnet (1) a cherché à distinguer quelle est la douleur qui appartient en propre à l'hépatite. Pour lui, c'est seulement la douleur sourde, profonde, tandis qu'une douleur aiguë, pongitive, lancinante, appartient exclusivement à l'inflammation du péritoine hépatique; mais lorsqu'on examine les faits, on ne peut admettre cette explication, car dans cinq des observations que j'ai rassemblées, et dans lesquelles il y avait absence de toute lésion de la séreuse, une véritable douleur aiguë existait dans l'hypochondre droit, et dans trois elle était vive, avec un caractère lancinant. L'observation de M. Bonnet n'est donc juste que pour un certain nombre de cas, et il a eu tort de la généraliser.

Dans les observations, le *siége de la douleur* est généralement placé à l'hypochondre droit sans plus de précision. Dans un cas observé par M. Louis, elle était aiguë et fixée au-dessous de la région mammaire; mais dans le plus grand nombre elle occupait une plus ou moins grande étendue, correspondant aux fausses côtes droites. La douleur n'est pas toujours fixée tout d'abord à l'hypochondre; c'est

(1) *Traité des malad. du foie;* Paris, 1841.

ainsi qu'on la voit occuper une partie de la poitrine et l'épigastre avant de se concentrer dans la région du foie. On a dit et répété souvent qu'un des caractères de la douleur produite par l'hépatite était de *s'irradier vers le cou et l'épaule droite* ; mais il résulte des faits qu'on a, ainsi que l'avait déjà remarqué M. Louis, pris l'exception pour la règle. N'oublions pas d'ailleurs qu'une affection aiguë de la plèvre peut, comme j'en citerai des exemples, se joindre à la maladie du foie, et expliquer, dans quelques cas, l'existence de la *douleur de l'épaule*. Dans aucune des observations que j'ai mentionnées plus haut, et où ce symptôme a été recherché avec soin, la douleur ne s'est irradiée dans cette partie. Ce fait seul suffit pour démontrer la vérité de ma proposition.

L'*augmentation de volume du foie* donne assez souvent lieu à des signes particuliers, mais qui sont loin d'être constants, puisque sur douze observations que j'ai rassemblées, cinq fois à l'autopsie on a trouvé le volume du foie parfaitement normal, ce qui est complétement en contradiction avec les assertions de M. Piorry (1). Suivant cet auteur, en effet, l'augmentation de volume du foie serait un des signes caractéristiques de l'hépatite ; mais il a confondu l'inflammation avec la simple congestion, et cette grave erreur ôte toute valeur à son assertion. A peine donc est-il nécessaire de dire que, suivant lui, la hauteur du foie atteint sous l'aisselle jusqu'à 15 et 22 centimètres. Cette proposition, dans laquelle l'augmentation de volume de l'organe est très exagérée, n'est, je le répète, exacte que pour un nombre de cas qui ne s'élève qu'à une faible majorité.

Lorsque le volume du foie est augmenté, il y a une *tension* plus ou moins notable dans l'hypochondre. On sent une certaine *résistance* sous les fausses côtes droites et à l'épigastre, et si l'organe est très volumineux, on trouve, en *palpant* l'abdomen, son *bord inférieur descendu* à 3, 4, 6 centimètres au-dessous des fausses côtes, et même plus.

On peut, à l'aide de la *percussion*, constater d'une manière plus précise le développement du foie. Ce moyen d'exploration permet, en effet, de reconnaître si l'organe s'est élevé plus ou moins au-dessus de la huitième côte, qui est la limite ordinaire. Mais nous avons vu plus haut dans quelles erreurs on peut tomber si l'on ne distingue pas avec soin les divers cas. La *palpation* seule est suffisante pour reconnaître le développement du foie du côté de l'abdomen.

Nous devons maintenant nous occuper de l'*ictère*, phénomène important qui, joint à la douleur, sert, suivant l'opinion de M. Louis, à caractériser mieux que tout autre l'inflammation du foie. Sur treize observations que j'ai rassemblées, cinq seulement disent qu'il n'y avait pas d'ictère, et dans deux d'entre elles il n'y avait ni l'un ni l'autre des deux symptômes en question. Ces deux derniers cas doivent être regardés comme des exemples d'*hépatite latente*, et l'un d'eux surtout, dans lequel le volume du foie était resté normal. Dans sept cas, c'est-à-dire dans un peu plus de la moitié, la douleur et l'ictère se sont trouvés réunis ; aussi n'y a-t-il pas eu d'hésitation dans le diagnostic. Dans quatre, l'ictère a existé sans douleur, et dans trois, au contraire, la douleur s'est montrée en l'absence de l'ictère. On voit que si, comme la douleur, ce dernier symptôme a une importance marquée dans l'histoire de l'hépatite, il n'a pas isolément une valeur plus grande,

(1) *Traité de diagnostic* ; Paris, 1840, t. II, p. 250.

et qu'on ne trouve pas de phénomène constant dans cette affection. Je reviendrai sur l'appréciation de ces signes à l'occasion du diagnostic.

J'ajoute seulement ici qu'après avoir cherché, dans les faits, si l'ictère correspondait plus fréquemment aux lésions de la face inférieure du foie qu'à celles du centre et de la face convexe, j'ai trouvé qu'il n'en était rien; car deux fois seulement les abcès étaient très rapprochés de cette face inférieure, tandis que dans tous les autres cas où l'ictère existait, ils occupaient le centre, ou la face convexe, ou ces deux points à la fois.

Nous avons vu que le début était presque toujours marqué par des symptômes ayant leur siége dans les *voies gastro-intestinales*, alors même que celles-ci ne présentaient aucune altération antérieure. Pendant le cours de la maladie, ces symptômes persistent. *L'appétit* reste constamment nul; on a noté, dans un assez bon nombre de cas, la *bouche pâteuse*, mais non l'amertume qui a été signalée par un assez bon nombre d'auteurs. La *soif* est presque toujours vive; la *langue*, ordinairement molle, blanchâtre, couverte d'un léger enduit, présente parfois une rougeur vive au pourtour, et un pointillé rouge au centre. Elle ne devient sèche et brune que vers la fin de la maladie, lorsqu'il est survenu des symptômes adynamiques. Dans plusieurs cas, on note des *nausées*, parfois même des *vomissements bilieux* plus ou moins fréquents; mais presque toujours alors on trouve dans l'estomac des lésions qui rendent suffisamment compte du symptôme.

J'ai dit plus haut que quelquefois on notait une *douleur assez vive à l'épigastre*; lorsque le lobe gauche du foie est enflammé, on peut attribuer ce phénomène à sa lésion; mais il n'en est pas toujours ainsi, et, dans quelques cas, l'inflammation seule de l'estomac a pu expliquer son existence.

Du côté *de l'intestin*, on trouve des phénomènes variables. Dans les observations que j'ai rassemblées, le *dévoiement* s'est montré aussi souvent que la *constipation*. Parfois on voit celle-ci exister d'abord, puis le dévoiement survenir à mesure que la maladie fait des progrès. D'autres fois, au contraire, une constipation opiniâtre succède à une diarrhée d'assez longue durée, et enfin, dans quelques cas rares, il y a des *alternatives* de dévoiement et de constipation, tandis que chez d'autres sujets, comme MM. Andral et Fauvel en ont cité des exemples, la *défécation reste normale.*

La *matière des selles* diffère suivant qu'il y a diarrhée ou constipation. Dans ce dernier cas, elle est ordinairement décolorée, et, dans le premier, le liquide rendu est fréquemment comme de l'eau colorée en jaune. Quelques sujets ont *des selles sanguinolentes* ou *sanglantes*, ce qui tient à des causes différentes. Le plus souvent on trouve en pareil cas des ulcères intestinaux dus à une autre maladie, et principalement à la phthisie, ulcères qui ont été la source du sang trouvé dans les selles; mais il peut arriver, et M. Louis (obs. III) en a cité un exemple bien remarquable, que le sang vienne du foie lui-même. Chez le sujet de cette observation, il y eut, à deux époques de la maladie, des selles composées de sang et moulées comme des matières fécales, et à l'autopsie on trouva profondément, à droite du ligament suspenseur, et immédiatement au-dessus des vaisseaux qui pénètrent dans le sillon transverse, un caillot fibrineux de sang noir disposé par couches concentriques. M. Louis n'hésite pas à regarder la perforation d'un vaisseau sanguin, que cependant il n'a pu constater d'une manière rigoureuse, comme la source de l'hémorrhagie, et l'on ne peut s'empêcher de se ranger à sa manière de voir.

Enfin, à une époque avancée, les selles deviennent parfois complétement *purulentes*. Il y a alors communication de l'abcès avec le colon par suite d'une perforation. C'est ce qu'on observa dans le cas que je viens de citer; car, après les selles sanglantes, le malade eut des déjections alvines presque entièrement formées de pus.

Du côté de la *respiration*, on remarque assez souvent des symptômes importants dont il faut chercher à apprécier la valeur. On a dit, en effet, et répété, surtout dans ces derniers temps, que dans l'hépatite, la respiration est gênée, et que, par suite, le *décubitus* peut présenter quelque chose de particulier. Ces phénomènes une fois admis, on les a attribués, d'une part, à la compression du poumon, causée par le développement du foie, et de l'autre, à la douleur augmentée par l'abaissement du diaphragme.

Relativement à la première explication, je pourrais me borner à rappeler qu'un développement du foie assez considérable pour produire une gêne de la respiration est un fait rare dans l'hépatite aiguë; mais il vaut mieux examiner les faits. Parmi les treize observations que j'ai rassemblées, il n'en est que neuf dans lesquelles l'état de la respiration ait été mentionné. Une seule fois, sur ces neuf cas, il n'y eut aucune lésion étrangère au foie, et la respiration resta normale jusqu'à la fin. Dans trois autres cas, la respiration ne fut nullement troublée dans les premiers temps de la maladie; mais à une époque plus ou moins éloignée, il se manifesta une oppression considérable. Or l'observation fit connaître d'une manière précise la cause de ce symptôme; car, chez l'un des trois sujets, il survint une pneumonie; chez un autre des abcès avec infiltration du pharynx et de la partie supérieure du larynx se produisirent; et chez le troisième, dont l'observation a été recueillie par M. Fauvel, une suffocation considérable se manifesta au moment où il se fit une large communication entre le foyer purulent et plusieurs veines sus-hépatiques par l'intermédiaire desquelles le pus pénétra dans la veine cave. Enfin, chez tous les autres sujets, une bronchite intense, une pneumonie ou une pleurésie, rendaient parfaitement compte des troubles respiratoires.

On peut donc dire, d'une manière générale, que les troubles de la respiration ne sont pas des symptômes qui appartiennent en propre à l'hépatite aiguë. Cependant on conçoit très bien que si une inflammation du péritoine de la face convexe du foie se joignait à celle du parenchyme même, si la douleur était très vive, si enfin, dans quelques cas exceptionnels, le volume de l'organe devenait très considérable, la respiration pourrait se trouver gênée; mais les faits précédents prouvent que ce ne sont pas là les cas ordinaires.

Maintenant voyons si l'on peut rapprocher de ce qui précède le *décubitus* des malades. Suivant la plupart des auteurs, le décubitus est difficile et souvent même *impossible sur le côté gauche*, les malades demandent qu'on élève leur tête, et ils changent rarement de position. Mais si l'on recherche dans les observations la valeur de ces assertions, on voit que toute appréciation est impossible. Parmi les faits que j'ai rassemblés, il n'en est que deux, rapportés par M. Louis, qui fassent mention du décubitus, et dans l'un il avait lieu à gauche, la tête étant notablement élevée, tandis que dans l'autre il avait lieu à droite, la tête basse. On voit qu'on ne peut rien conclure d'un si petit nombre de faits, et l'on doit s'étonner de [illegible]rmation des auteurs sur un point que l'observation n'a pas suffisamment [illegible]

[illegible] comme appartenant à l'inflammation du foie, un *hoquet* plus

ou moins fréquent ; mais ce symptôme ne s'est évidemment montré que dans quelques cas rares.

L'*état des urines* mérite d'être mentionné, à cause de ses rapports bien connus avec l'ictère ; malheureusement il est bien loin d'être toujours constaté dans les observations. Cependant on admet généralement que les urines ont une couleur rougeâtre, foncée ou bien orangée, en un mot qu'elles sont telles qu'on les observe dans l'ictère ; mais le fait n'est pas constant. Dans un cas, en effet, les urines sont restées normales, et dans plusieurs autres leur état n'est pas indiqué, peut-être parce qu'elles ne présentaient rien de particulier. Ce qu'il importe de noter, c'est que, dans les cas où les urines avaient l'*aspect bilieux*, il existait constamment une ictère.

Dans tous les cas, il se manifeste des *symptômes généraux* plus ou moins intenses. J'ai signalé plus haut ceux qui servent à caractériser le début ; on les voit ensuite persister à un plus ou moins haut degré.

Le *pouls*, d'abord développé, fréquent, pouvant s'élever jusqu'à 144 pulsations, comme dans la seconde observation de M. Louis, et conservant sa régularité, perd ensuite ordinairement une grande partie de sa fréquence, et devient faible, petit, misérable vers la fin de la maladie. Parfois aussi il prend une *irrégularité* marquée.

On observe en outre de l'*agitation*, principalement la nuit, et, dans les derniers moments, de la *somnolence*, puis du *délire*, un grand *affaissement*, et enfin un état que la plupart des auteurs ont décrit sous le nom d'*adynamique*. Dans quelques cas rares, cependant, les sujets succombent épuisés, mais sans présenter les phénomènes qui viennent d'être indiqués, et les facultés intellectuelles peuvent se conserver intactes jusqu'au dernier moment. Les *vertiges*, les *étourdissements*, ne se montrent pas ordinairement dans l'hépatite. Il n'en est pas de même de la céphalalgie, qui a été notée dans trois des cas cités par M. Louis. Ce symptôme, du reste, est très variable quant à l'intensité.

Je devrais maintenant parler des symptômes qui se manifestent lorsqu'un *abcès considérable* résultant d'une hépatite aiguë tend à se faire jour au dehors, et peut être diagnostiqué. Ces abcès, en effet, sont la conséquence immédiate de l'hépatite, ou plutôt ils font partie intégrante de cette affection. Sous le rapport pathologique, il n'y aurait donc pas à hésiter ; mais il n'en est plus ainsi quand on envisage la question sous le point de vue pratique. Les abcès du foie, accessibles à nos moyens d'investigation, peuvent être la conséquence de l'hépatite chronique aussi bien que de l'hépatite aiguë ; en outre, une fois formés, ils ont une importance telle, qu'il faut nécessairement les étudier comme constituant une maladie particulière. Je dois par conséquent leur consacrer un article spécial.

Mais il est quelques *accidents* qui sont la conséquence de l'hépatite, et que je ne peux m'empêcher de signaler. Nous avons vu plus haut qu'un abcès du foie avait *pénétré jusque dans la veine cave*, par l'intermédiaire des veines sus-hépatiques. La suffocation extrême en fut la conséquence immédiate. M. Piorry (1) a vu l'*abcès s'ouvrir directement dans la veine cave*.

On a cité des cas où *le foyer purulent s'est vidé dans les intestins*, et j'ai fait connaître à ce sujet le fait remarquable rapporté par M. Louis : c'est l'état san-

(1) *Traité de diagnostic et de séméiologie* ; Paris, 1840.

glant ou purulent des selles, des *coliques*, et surtout l'apparition rapide de ces symptômes coïncidant avec un soulagement du côté de la région hépatique, qui font reconnaître l'accident. Dans quelques cas, l'*abcès s'est ouvert dans le péritoine même*. Alors survient une *péritonite suraiguë*, dont il sera question dans un des articles suivants.

Enfin on a vu *des abcès du foie se faire jour, à travers le diaphragme, dans la plèvre et les poumons*. Le vomissement de pus succédant aux phénomènes précédemment décrits, ou bien la pleurésie suraiguë, sont les symptômes de cette rupture.

Variétés de l'hépatite. J'ai mentionné plus haut les divisions proposées par les auteurs. Il s'agit maintenant de rechercher s'il y a, dans les espèces admises, quelques particularités importantes et surtout bien constatées.

Suivant le siége, on a, ai-je dit, décrit d'abord une *hépatite de la face convexe du foie*. Voici les signes qui, suivant Naumann, la feraient reconnaître : Douleur aiguë, lancinante, se propageant au cou et à l'épaule, augmentée par la pression. Tension notable de l'hypochondre ; dyspnée, oppression, toux sèche ou avec expectoration muqueuse. Évacuations alvines irrégulières et variables ; ictère rare. Si, au lieu d'accepter sans contrôle les opinions des auteurs, on examine les faits, on est bientôt convaincu que cette description n'a pas été tracée d'après l'analyse des observations. Ce que j'ai dit plus haut à propos de l'ictère, des troubles de la respiration et de la douleur, le prouve surabondamment.

Les symptômes assignés à l'*hépatite de la face inférieure* sont les suivants : Troubles digestifs, se rapprochant beaucoup de ceux qu'on a décrits sous le nom d'*embarras gastrique*, avec vomissement de bile et diarrhée billieuse. Anxiété épigastrique ; douleur moins vive, occupant principalement l'épigastre, ou s'irradiant vers l'abdomen et la cuisse droite ; ictère presque constant. N'est-il pas évident qu'on a oublié de tenir compte, dans cette description, des lésions gastro-intestinales que j'ai signalées? Je me contente de cette remarque, renvoyant pour plus de détails à l'analyse des observations, malheureusement peu nombreuses, que j'ai présentées dans le cours de cet article.

L'*hépatite du centre* est, de l'aveu même des auteurs qui ont voulu lui assigner des caractères particuliers, très difficile à distinguer. Ses caractères sont, en effet, complétement négatifs, ou semblables à ceux de l'espèce précédente. Il suffit donc de remarquer que, d'après l'opinion dont il s'agit, l'*hépatite centrale* constituerait plus fréquemment que les autres l'*inflammation latente* déjà mentionnée, et dont je parlerai encore.

Quant à l'*hépatite des enfants*, j'ai déjà dit quelles sont les raisons qui portent à révoquer en doute son existence comme espèce distincte. J'ajoute que je n'ai jamais observé l'inflammation du foie chez le nouveau-né ; que Billard (1) nous apprend qu'il ne l'a pas rencontrée davantage chez les enfants à la mamelle ; et que MM. Rilliet et Barthez (2) n'en indiquent que six observations sur les enfants approchant de l'âge de cinq ans, et qui n'ont présenté rien de particulier sous le rapport des symptômes. Cela suffit pour qu'on soit en droit de révoquer en doute l'exactitude de la description, d'ailleurs fort vague, que les docteurs Naumann, Reusch et Henke nous ont données de cette espèce d'hépatite.

(1) *Traité des malad. des enf.*, 2[e] édit., p. 439.
(2) *Traité des malad. des enf.*, t. I[er], article *Hépatite*.

J'ai déjà dit, à propos de la division de J. Frank, que les espèces qu'il distingue ne sont pas admissibles.

§ IV. — **Marche ; durée ; terminaison de la maladie.**

La *marche* de la maladie est ordinairement continue et rapide. Les symptômes atteignent promptement leur plus haut degré d'intensité. Cependant il faut noter les frissons revenant le soir, et qui donnent à l'affection une certaine physionomie de maladie intermittente. Ils ont été remarquables non seulement dans le fait de M. Louis, cité plus haut, mais encore dans une des observations que m'a communiquées M. Fauvel.

Dans les cas les plus ordinaires, la *durée* ne dépasse pas trois semaines ; cependant, plusieurs abcès pouvant se former successivement, on voit quelquefois la maladie durer plus d'un mois ou six semaines. On reconnaît qu'elle a conservé son caractère d'affection aiguë à l'état de la fausse membrane qui entoure les abcès, et surtout à la coloration rouge avec ramollissement considérable du tissu environnant.

L'hépatite peut-elle *se terminer* par la guérison ? C'est ce qui n'est pas douteux pour M. Mérat, même lorsqu'il s'agit de l'hépatite avec suppuration (1). Ce médecin regarde comme des cicatrices d'abcès des productions fibreuses à forme stellaire qu'on a quelquefois rencontrées dans le tissu hépatique. Mais, d'un autre côté, voici comment M. Louis (2) s'exprime sur ce sujet : « Un fait bien remarquable, dit-il, et qui semble indiquer dans les abcès du foie une affection extrêmement grave et qui ne guérit pas, c'est qu'on ne rencontre pas de cicatrices dans cet organe. Quelque attention que nous ayons mise dans nos recherches, nous n'avons rien trouvé de semblable : à la vérité, on a quelquefois vu, dans l'intérieur du foie, des productions fibreuses, et M. Mérat, dans un mémoire fort intéressant sur l'hépatite (3), dit que parfois ces productions ont une forme stellaire, et pourraient être regardées comme des cicatrices ; mais on sent que, pour admettre cette interprétation, il faudrait avoir vu les cicatrices du foie dans toutes leurs périodes, depuis le moment où elles commenceraient à se former, contenant une certaine quantité de pus entre leurs extrémités, jusqu'à celui où elles seraient complètes et plus ou moins denses : ce qui n'a pas été fait.

» Nous ajouterons à ces remarques que les abcès du foie étant ordinairement en grand nombre, on ne devrait considérer les productions fibreuses ou cartilagineuses qu'on y trouverait comme le produit de quelque cicatrice, qu'autant qu'elles ne seraient pas uniques. »

Ce qui confirme cette opinion de M. Louis, c'est q e presque toutes les fois, que, pendant la vie, on a pu constater l'existence d'une hépatite très intense, et qu'on a pu supposer la formation d'un abcès, la terminaison a été fatale. Cependant il est des cas où la perforation d'un organe creux, comme l'intestin, les bronches, etc., ayant permis aux abcès du foie de se vider au dehors, la guérison a eu lieu. On ne peut pas douter de l'existence de l'hépatite dans des cas semblables ; mais ce n'est pas sur eux qu'on a étudié les cicatrices. Quant à la terminaison heureuse par suite de rupture des abcès, j'en parlerai en détail dans un des articles suivants.

(1) *Dict. des sc. méd.*, MALADIES DU FOIE.
(2) *Loc. cit.*, p. 408.
(3) *Dict. des sciences médicales.*

Restent donc les cas où l'inflammation ne produit que le gonflement et le ramollissement probable de l'organe. Ces cas sont guérissables ; j'en dirai quelques mots à l'occasion du *pronostic*.

§ V. — Lésions anatomiques.

D'après un bon nombre d'auteurs, une congestion notable du foie et un certain degré de ramollissement suffiraient pour caractériser anatomiquement l'hépatite ; mais cette opinion n'est appuyée sur aucune preuve solide. Nous savons que la congestion du foie est, en général, l'effet d'une simple stase du sang, et, d'un autre côté, ainsi que le fait remarquer M. Louis, le ramollissement des divers organes se montre dans des cas où l'inflammation ne saurait être admise. Sans doute, si le gonflement, une rougeur notable, un ramollissement considérable se trouvaient chez un sujet qui aurait présenté pendant la vie les symptômes indiqués plus haut, on ne devrait pas hésiter à voir là les lésions anatomiques de l'inflammation du foie ; mais les faits de ce genre ne se trouvent nulle part. Dans l'état actuel de la science, on ne peut admettre, comme caractérisant rigoureusement l'hépatite, d'autre lésion que la suppuration du foie. Je me contenterai donc de donner une description rapide de l'hépatite avec suppuration.

Ce sont d'abord des plaques plus ou moins étendues, d'une couleur jaune ou jaune-verdâtre, siégeant à une plus ou moins grande profondeur, souvent visibles au-dessous des membranes, et qui, quand on les incise, laissent voir une étendue plus ou moins considérable du foie occupée par une infiltration purulente, compacte, au milieu de laquelle on peut trouver déjà un ou plusieurs points liquides qui annoncent la réunion du pus en foyers.

Ensuite on trouve des abcès véritables, d'une grosseur très diverse, puisqu'il y en a comme un pois, comme une noisette, ou bien comme un œuf de poule, et de plus volumineux encore. Ces abcès sont surtout remarquables par la fausse membrane qui les entoure. Cette fausse membrane, d'aspect albumineux, ordinairement mince et molle, présente, du côté du foie, des prolongements, des filaments faciles à rompre, et qui constituent des adhérences légères. A l'intérieur du foyer, on observe souvent une disposition qui a été décrite avec soin par M. Louis : c'est l'existence de petits prolongements semblables à des commencements de cloison, et qui indiquent que l'abcès est formé par la réunion d'autres abcès plus petits. Ce qui tend encore à confirmer cette opinion, c'est que les abcès les moins volumineux, ceux qui ne sont pas plus gros qu'un pois, ont déjà une fausse membrane, et qu'on trouve souvent un certain nombre de ces petits abcès très voisins l'un de l'autre, de manière qu'au moindre développement ils doivent se réunir par la rupture de leurs fausses membranes très peu consistantes. Dans quelques cas rares, il n'y a point de fausse membrane, et le tissu du foie ramolli forme seul les parois de l'abcès.

Le pus contenu dans ces cavités est ordinairement jaune ou d'un jaune verdâtre, épais, sans odeur particulière, en un mot de bonne qualité. Quelquefois, cependant, on l'a trouvé sanieux et nauséabond.

M. Andral a vu un cas dans lequel les parois du foyer purulent étaient extrêmement ramollies, réduites en putrilage verdâtre et exhalant une odeur gangréneuse. M. le docteur Stuart Cooper (1) a rapporté un cas du même genre, ob-

(1) *Bull. de la Soc. anat.*, 1846.

servé chez un sujet qui avait un cancer de l'estomac. Le seul symptôme qu'on ait pu rapporter à cette lésion, est une douleur très vive à l'épigastre dans les derniers jours. La gangrène était médiocrement étendue. Les cas de ce genre sont rares, et si l'on en juge par ce dernier fait, il est impossible de reconnaître pendant la vie la *gangrène du foie.*

Quant au siége des abcès, nous avons vu qu'il occupait principalement les points rapprochés de la face convexe, et qu'ensuite on le trouvait plus souvent au centre de l'organe.

Enfin la rougeur, le ramollissement du parenchyme entourant les abcès, des adhérences récentes du péritoine hépatique avec le péritoine du diaphragme et des parois abdominales, le développement ordinairement limité de l'organe, les diverses perforations communiquant dans le colon, le péritoine, les veines, les plèvres, les poumons, les lésions qui en sont la suite, et que je ne dois pas présenter ici, complètent le tableau de ces lésions anatomiques graves.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Tout le monde convient que le diagnostic de l'hépatite aiguë présente fréquemment de grandes difficultés. Nous en avons trouvé la raison dans les complications et surtout dans le peu de constance des symptômes, considérés isolément. Voyons maintenant comment on peut surmonter ces difficultés, et pour cela commençons par rechercher les principaux caractères de l'hépatite.

Ni l'ictère, ni la douleur, ne peuvent isolément caractériser cette affection : c'est ce que M. Louis a établi d'après l'examen de ses observations ; mais si, en l'absence de toute autre affection aiguë, ces deux symptômes sont réunis, si la douleur est constante et notable, on a déjà bien des raisons d'admettre l'existence de l'hépatite, et tous les doutes sont levés s'il y a eu une invasion fébrile, si les frissons se sont renouvelés, si la fièvre persiste dans le cours de la maladie, si le foie devient volumineux, ou seulement s'il y a une tension notable de l'hypochondre.

Les affections avec lesquelles on pourrait confondre l'hépatite aiguë sont d'abord celles qui ont leur siége dans le côté droit de la poitrine. La *pneumonie aiguë* se distingue par l'absence de l'ictère, par le siége plus élevé de la douleur, par les phénomènes stéthoscopiques, et par les symptômes locaux (oppression ; toux ; expectoration). Cette affection isolée ne peut plus être confondue aujourd'hui avec l'hépatite ; quand les deux sont réunies, le diagnostic est plus difficile ; cependant leurs symptômes sont assez distincts pour qu'on puisse, avec un peu d'attention, constater non seulement leur existence, mais encore le moment de leur apparition, comme on le voit dans plusieurs des observations de MM. Louis et Andral.

La distinction entre l'hépatite et la *pleurésie aiguë* offre des difficultés plus grandes. Dans cette dernière affection, le foie peut être repoussé en bas et la douleur avoir son siége dans un point voisin de l'hypochondre droit. Mais l'ictère manque, la toux et l'oppression qui, ainsi que nous l'avons vu, n'appartiennent réellement pas à l'hépatite aiguë, font reconnaître l'existence de l'affection pectorale, et les résultats de l'auscultation et de la percussion lèvent tous les doutes. Dans les cas où les deux maladies existent simultanément, la présence ou l'absence de l'ictère a une grande valeur. Cependant n'oublions pas que ce symptôme peut manquer dans l'hépatite, et reconnaissons que ce diagnostic a besoin d'être précisé.

Du côté de l'abdomen, on peut confondre l'hépatite aiguë avec une *néphrite* intense; mais c'est un diagnostic sur lequel je me réserve de revenir dans l'article consacré aux maladies des reins. Je dirai seulement ici que, lorsqu'une inflammation de ces organes est assez considérable pour pouvoir simuler l'hépatite aiguë, on trouve dans l'état des urines des signes qui fixent le diagnostic. On arrive même par là à distinguer les deux affections lorsqu'elles existent ensemble, comme cela a eu lieu dans un cas cité par M. Louis, et où les urines étaient purulentes.

Une affection, sur le diagnostic de laquelle on a beaucoup insisté depuis Galien (1), est le *rhumatisme aigu* ou l'*inflammation des muscles de l'abdomen;* mais nous devons d'abord mettre de côté l'inflammation, qui est un fait extrêmement rare; et, quant au rhumatisme aigu, dont la fréquence est également loin d'être grande, nous remarquerons que, s'il existe de la douleur, si les contractions des muscles abdominaux peuvent en imposer à un examen superficiel pour une tuméfaction du foie, d'un autre côté, nous voyons manquer l'ictère, et la palpation exacte, ainsi que la percussion, fait bientôt reconnaître qu'il n'y a réellement pas augmentation de volume de l'organe.

Quant à la *gastrite*, elle diffère de l'hépatite lorsqu'elle est très aiguë ou plutôt très violente, ce qui est rare, par la douleur fixée à l'épigastre, par les vomissements incessants, par la constipation, et par l'absence de tension à l'hypochondre.

On ne peut pas confondre avec l'hépatite aiguë le *cancer* et les *hydatides du foie*. Quant aux *congestions sanguines*, nous avons vu qu'elles sont dues à une stase du sang causée principalement par les affections du cœur. L'existence de ces affections, la marche chronique de la maladie, l'absence presque constante de douleurs réelles, car il n'existe qu'une simple gêne en pareil cas, et l'absence d'ictère, suffisent pour faire éviter l'erreur.

Je n'examinerai pas ici les différences qui peuvent exister entre l'obstruction des voies biliaires par un calcul et l'hépatite; j'en parlerai plus loin. Mais je dirai un mot du diagnostic de la *rupture des abcès du foie* dans les différents points indiqués plus haut.

La *rupture dans le péritoine* est annoncée par une douleur subite très vive, s'irradiant dans l'abdomen, accompagnée d'accélération et de dépression du pouls, d'un froid marqué des extrémités, d'anxiété, en un mot des signes d'une péritonite suraiguë. La *rupture dans le colon* donne lieu à des selles sanglantes, purulentes, précédées de coliques plus ou moins vives.

La *rupture dans les bronches* est immédiatement suivie de suffocation, et bientôt après d'expectoration purulente très abondante, parfois mêlée d'une quantité notable de bile. La *rupture dans le péricarde* s'annonce par une douleur subite et très aiguë dans la région précordiale, douleur bientôt suivie des symptômes de la péricardite suraiguë. Enfin nous avons vu qu'une grande anxiété, une suffocation intense, sont les signes qui appartiennent soit à la *rupture directe de l'abcès dans la veine cave*, soit au passage du pus dans cette veine par l'intermédiaire des veines sus-hépatiques.

On ne doit pas, sans doute, regarder le diagnostic précédent comme ayant toute la précision désirable; je l'ai donné seulement comme l'expression la plus exacte des principaux faits qu'on trouve dans la science.

(1) *De locis aff.*, lib. V, cap. VII.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de l'hépatite aiguë.*

Ictère et douleur *réunies.*
Invasion *fébrile.*
Frissons renouvelés pendant un temps plus ou moins long.
Fièvre *persistante.*
Tension de l'hypochondre.
Volume augmenté du foie.

N'oublions pas qu'aucun de ces signes n'est constant, et qu'on est loin de les trouver toujours réunis. Ainsi, ne leur accordons pas une valeur exagérée. N'oublions pas, en outre, que nous avons dû admettre des hépatites réellement *latentes.*

2° *Signes distinctifs de la pneumonie du côté droit et de l'hépatite aiguë.*

HÉPATITE AIGUE.	PNEUMONIE.
Ictère.	*Pas* d'ictère.
Douleur au niveau des *fausses côtes.*	Douleur ordinairement *sous le mamelon.*
Point de phénomènes stéthoscopiques dans les cas simples.	*Phénomènes stéthoscopiques.*
Ni *oppression*, ni *toux*, ni *expectoration.*	*Oppression, toux, expectoration* caractéristique.

3° *Signes distinctifs de l'hépatite et de la pleurésie aiguë.*

HÉPATITE.	PLEURÉSIE.
Ictère.	*Pas* d'ictère.
Douleur de l'*hypochondre.*	Douleur lancinante *sous le mamelon.*
Pas d'oppression ni de toux, à moins de complications.	*Oppression, toux.*
Pas de signes stéthoscopiques.	*Signes stéthoscopiques.*

4° *Signes distinctifs de l'hépatite aiguë et du rhumatisme des muscles abdominaux.*

HÉPATITE.	RHUMATISME DES PAROIS ABDOMINALES.
Ictère.	*Pas* d'ictère.
Tension de l'hypochondre.	*Pas de tension* de l'hypochondre.
Douleur *spontanée* ou à une *pression profonde.*	Douleur, principalement dans les *mouvements du tronc.*

5° *Signes distinctifs de l'hépatite et de la gastrite suraiguë.*

HÉPATITE.	GASTRITE SURAIGUE.
Ictère.	*Pas* d'ictère.
Tension ou *tumeur* de l'hypochondre.	*Ni tension, ni tumeur* de l'hypochondre.
Vomissements de *fréquence médiocre.*	Vomissements *presque incessants.*
Douleur au niveau des *fausses côtes droites.*	Douleurs *épigastriques.*

Si l'inflammation occupait particulièrement le lobe gauche du foie, on conçoit très bien que ce diagnostic pourrait être insuffisant ; mais, dans l'état actuel de la science, on ne peut l'établir d'une manière positive pour les cas de ce genre.

Je ne crois pas devoir étendre davantage ce tableau : les données nous man-

quent pour établir d'une manière positive des diagnostics différentiels plus multipliés.

Pronostic. Le pronostic de l'hépatite aiguë est très grave. Il est vrai que quelques auteurs regardent la guérison de cette affection comme facile ; mais cela tient à leur manière d'apprécier la valeur des symptômes et des lésions. Nul doute que le plus souvent on n'ait pris de simples congestions pour de véritables hépatites. M. Louis, qui a étudié avec soin l'anatomie pathologique de cette affection, ne reconnaît pas que l'existence d'une inflammation réelle soit démontrée après la mort, « si le foie ne contient une certaine quantité de pus ; » or, si l'on rapproche cette manière de voir de l'absence de cicatrices signalée plus haut, on est porté à croire que la véritable hépatite guérit rarement. Cependant MM. Rilliet et Barthez ont cité plusieurs cas de terminaison heureuse chez des enfants, et l'on observe quelquefois des cas semblables chez les adultes. Les symptômes notés par ces auteurs étaient la fièvre, la tuméfaction du foie qui, suivant eux, pouvait dépasser les fausses côtes de *plus de quatre travers de doigt*, et enfin une douleur fixée à l'hypochondre. On voit, d'après ces faits, que la question n'est pas complétement jugée, et que nous ne pouvons pas apprécier à sa juste valeur le pronostic de l'hépatite aiguë. Il faut évidemment attendre que de nouvelles observations soient venues nous éclairer.

§ VII. — Traitement.

On conçoit très bien, d'après ce qui précède, que le traitement de l'hépatite aiguë est renfermé dans des bornes très étroites. Presque tous les auteurs ont employé les mêmes moyens, et, il faut le dire, avec aussi peu de succès les uns que les autres. Les nombreux cas de guérison que l'on a cités ont, en général, si peu de valeur, qu'on ne peut, en effet, se fonder sur eux pour préconiser une médication quelconque.

Émissions sanguines. La plupart des auteurs ont insisté sur les émissions sanguines, et principalement sur la *saignée générale ;* mais presque tous aussi ont recommandé particulièrement de ne pas les pousser trop loin, de crainte d'affaiblir par trop le malade, et de voir survenir plus tard des affections graves, comme le squirrhe (1). Aujourd'hui on n'a plus de semblables craintes, mais on n'est pas plus fixé sur l'abondance et la fréquence qu'il convient de donner aux saignées. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que, tant que les symptômes conservent un degré d'acuité marqué, et que le pouls a de l'ampleur, on est autorisé à ouvrir la veine. Les *sangsues* et les *ventouses scarifiées* sont ensuite appliquées sur l'hypochondre en nombre assez considérable. L'application des ventouses scarifiées remonte jusqu'à Arétée. Huit ou dix seront employées à plusieurs reprises, et l'on appliquera trente ou quarante sangsues à la fois, les renouvelant, si le cas paraît l'exiger.

Purgatifs. Il y a de grandes contradictions dans les auteurs sur l'efficacité des purgatifs. Baillou (2) regarde ces médicaments comme dangereux, à moins qu'on n'en ait fait précéder l'administration de saignées abondantes. Portal se prononce formellement contre les purgatifs, et ensuite les auteurs les ont approuvés ou proscrits, suivant des opinions purement théoriques. Il est impossible de se prononcer sur ce point. Disons seulement que des purgatifs légers, comme le *sulfate de soude*

(1) DURET, *Comm. sur Hippocrate.*
(2) *Opera omnia medica, consil. med.*, lib. III.

ou de *magnésie*, l'*huile de ricin* à la dose de 30 grammes, etc., doivent être administrés seulement lorsqu'il existe de la constipation.

Mercuriaux. Le *calomel* agit-il autrement que comme purgatif? C'est ce qui n'est pas douteux dans la pratique d'un bon nombre de praticiens anglais qui cherchent à déterminer promptement une salivation mercurielle. Annesley recommande de donner ce médicament *le soir à la dose de 1 gramme*, dans le but précisément d'éviter cet effet sur la bouche, de telle sorte qu'ici encore nous trouvons une véritable contradiction. Si, malgré la précaution de le donner à cette dose, les gencives commencent à s'affecter, cet auteur associe le calomel à 0,05 grammes d'*opium* par prise, ou bien à 0,25 ou 0,30 grammes de poudre d'*ipécacuanha*. Dans la médication ordinaire, on administre le calomel à la dose de 0,25 grammes toutes les trois ou quatre heures. Toutes les discussions dans lesquelles on est entré sur l'efficacité de ce médicament ne sont point fondées sur les faits, et ne doivent par conséquent pas nous arrêter ici.

Les *frictions mercurielles* ont été associées principalement par Autenrieth à l'usage interne du calomel. Cet auteur recommande de les faire autour de l'ombilic.

Vomitifs. Les vomitifs sont généralement proscrits, et, suivant Annesley, s'ils ont eu quelquefois l'avantage de soulager les malades, ce n'a été que pour un temps très court, après lequel la maladie a pris une intensité plus grande. Portal, au contraire, veut qu'on fasse vomir doucement. Il suffit de citer ces opinions contradictoires pour voir que nous ne savons rien de positif sur l'usage de ces moyens. C'est le *tartre stibié* à dose vomitive que l'on emploie ordinairement.

Narcotiques. Les narcotiques, comme 0,05 grammes d'*opium* ou d'*extrait de jusquiame noire*, la *poudre de Dower* à la dose de 0,10 à 0,20 grammes, etc., sont prescrits dans les cas de douleur aiguë. Girdlestone redoutait la suppression de la diarrhée que ces médicaments peuvent déterminer; mais rien ne prouve, dans les faits, que cette suppression ait quelque désavantage.

On a appliqué des *vésicatoires* sur la région du foie, et Lind (1), ainsi que Portal, a insisté sur leur utilité; mais ces auteurs n'ayant pas tenu compte de l'acuité ou de la chronicité des cas soumis à leur observation, leur assertion n'a pas de valeur réelle. Je pourrais encore citer le *camphre*, les *acides*, l'*infusion d'arnica*, etc.; mais ces moyens, employés seulement contre quelques symptômes ou contre la faiblesse, n'ont pas été assez expérimentés.

En somme, la *saignée*, les *sangsues*, les *ventouses scarifiées*, les *légers minoratifs*, les *applications émollientes* sur la région du foie, le *repos*, la *diète*, les *boissons adoucissantes* ou *rafraîchissantes*, sont les seuls moyens qui paraissent devoir être conseillés.

ARTICLE III.

HÉPATITE CHRONIQUE.

Nous avons été embarrassés pour donner la description de l'hépatite aiguë; mais nous le sommes bien plus encore quand il s'agit de tracer, avec quelque précision, l'histoire de l'hépatite chronique. Si l'on parcourt, en effet, ce qui a été dit sur ce sujet, même par les auteurs qui ont été le mieux placés pour étudier l'affection,

(1) *Essai sur les maladies des Européens dans les pays chauds*; Paris, 1785, 2 vol. in-12.

c'est-à-dire par ceux qui ont observé dans les pays chauds, on voit bientôt qu'ils n'ont tenu aucun compte des observations, et que plusieurs même ont fait une histoire de la maladie de toutes pièces, en adaptant à l'hépatite chronique les symptômes observés dans les inflammations chroniques des autres organes. En outre, la plupart des auteurs ont confondu, dans la description de cette maladie, plusieurs affections très différentes, et ils ont, sous ce rapport, imité les anciens, qui, sous les noms d'*infarctus hepatis*, d'*obstructions*, d'*engorgements du foie* et de *phthisie hépatique*, ont réuni des maladies chroniques de nature très différente. C'est en particulier ce qu'on peut reprocher à Portal, dont l'ouvrage a eu cependant une grande réputation pendant quelques années.

Si l'on avait un certain nombre de bonnes observations d'hépatite chronique, on pourrait suppléer à cette insuffisance des auteurs; mais rien n'est plus difficile que de rassembler des faits bien observés et bien décrits; car, ou bien les détails les plus importants manquent, ou bien on trouve cités comme des exemples d'inflammations chroniques des *abcès* résultant d'une inflammation aiguë. Les deux observations empruntées par M. Bonnet à M. Colledge (1) et à M. Peau (2) sont en particulier dans ce dernier cas, quoique l'auteur les ait donnés comme des exemples de ce qu'il appelle irritation chronique du foie.

On voit donc combien les matériaux sont insuffisants, et l'on ne saurait attendre de moi une description rigoureuse et précise, impossible dans l'état actuel de la science. Cependant quelques observations que j'ai rassemblées me fourniront un petit nombre de considérations intéressantes.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

On donne le nom d'*hépatite chronique* à l'inflammation du foie qui, parcourant lentement ses périodes, ne détermine pas une fièvre violente. J'ai dit plus haut qu'on avait maintes fois, sous les noms d'*obstructions*, *tumeurs du foie*, *infarctus hepatis*, etc., cité de simples inflammations du foie. Nous verrons, en continuant l'histoire des affections hépatiques, à quelles maladies diverses ces dénominations ont été imposées. On sent, d'après ce qui précède, qu'il est impossible d'avoir une idée même approximative de la *fréquence* de l'hépatite chronique.

§ II. — Causes.

Tous les auteurs ont dit que l'hépatite chronique pouvait succéder à l'hépatite aiguë. Si cette assertion était confirmée, on en tirerait la conséquence nécessaire qu'en pareil cas les causes de la chronicité de la maladie doivent être cherchées principalement dans la *constitution* et l'*état de santé* du malade ; mais si nous examinons les faits cités à l'appui de cette opinion, et principalement ceux qu'a rapportés M. Bonnet, et qu'il a empruntés à plusieurs auteurs, nous verrons qu'il s'agit d'hépatites évidemment aiguës, qui, une fois la suppuration formée, ont marché ensuite plus ou moins lentement. Mais ce ne sont pas là de véritables hépatites chroniques; tout le monde sait, en effet, qu'en quelque lieu que se forment les abcès, une fois la suppuration bien établie, les symptômes généraux et aigus disparaissent pour faire place aux symptômes locaux qui existent presque exclusivement.

(1) *Journ. de la Soc. méd. et phys. de Calcutta*, avril 1837.
(2) *Amer. Journ. of med. sc.*, 1837.

Dans quelques cas, au contraire, comme ceux que rapporte M. Andral (1), les symptômes suivent dès le commencement une marche lente, la réaction est peu considérable, la maladie a une longue durée, et l'on ne peut douter de sa chronicité. J'ai sous les yeux d'autres faits du même genre, et entre autres un qui a été observé dans le service de M. Pasquier, à l'infirmerie des Invalides (2), et l'observation que M. J.-B. Dalmas (3) a recueillie sur lui-même.

Quelles sont, dans ces derniers cas, les *causes prédisposantes* de l'hépatite chronique? C'est ce qu'il est impossible de déterminer. Il est permis seulement, d'après plusieurs faits, de dire d'une manière générale que cette maladie affecte plus particulièrement l'*âge mur;* mais sur tous les autres points nous n'avons que les données les plus incertaines.

Quant aux *causes occasionnelles*, je n'en connais qu'une seule qui ait été positivement notée dans quelques cas, c'est une *contusion* de la région hépatique, dont on trouve un exemple dans les observations de M. Andral.

§ III. — Symptômes.

La description des symptômes doit nécessairement se ressentir aussi de l'insuffisance des renseignements. Recherchons dans les faits ce qui a été bien constaté.

Le *début* n'est pas ordinairement marqué par des symptômes bien tranchés. Une gêne vers l'hypochondre, avec des troubles intestinaux très variables, voilà ce que l'on a noté dans le plus grand nombre des cas, et, il faut le dire, ces symptômes n'étaient pas ordinairement assez caractéristiques pour qu'on ait d'abord pensé à une maladie du foie.

Lorsque la maladie est confirmée, voici ce que l'on observe : Une *douleur* ordinairement sourde et gravative (quatre fois sur six), quelquefois vive, mais seulement à des intervalles plus ou moins éloignés, et le plus souvent augmentée par la pression, se fait sentir vers l'épigastre, et plus tard vers l'hypochondre droit. Dans quelques cas cependant, l'hypochondre est tout d'abord envahi par la douleur. Rarement des irradiations ont lieu dans divers sens; lorsqu'elles existent, elles se dirigent vers l'épaule (ce qui a été établi à tort en règle générale), ou bien vers les lombes et l'abdomen. Dans deux cas que j'ai sous les yeux, il n'y a eu que de la *gêne* et de la *pesanteur* à la région hépatique, pendant tout le cours de la maladie.

L'*ictère* est beaucoup plus rare que dans l'hépatite aiguë. Ainsi, six fois sur dix, il est dit positivement que la teinte ictérique n'existait pas. On ne peut pas trouver dans le siége de la lésion la cause positive de l'existence de la jaunisse; car deux fois, sur quatre cas d'ictère prononcé, les abcès occupaient la face convexe : une fois ils étaient disséminés dans plusieurs points, et une fois seulement ils étaient à la face inférieure.

En revanche, l'*augmentation de volume* du foie s'observe bien plus fréquemment; une seule fois sur dix, en effet, le volume est resté normal; et, dans ce cas, bien que la maladie ait eu une durée assez longue (plus de deux mois), il y avait quelques signes d'acuité, tandis que, dans tous les autres cas, on observait un développement notable de l'organe. Ce développement a surtout été noté du côté de

(1) *Clinique médicale*, obs. 28, 29, 32.
(2) *Lancette française*, septembre 1838.
(3) *De l'hépatite chronique :* Thèse, Montpellier, 1835.

l'abdomen. Le foie déborde les fausses côtes de deux, trois, quatre travers de doigt et plus. Quelquefois même, comme dans un cas cité par le docteur Pepper (1), son bord inférieur descend jusqu'aux environs de l'os des iles.

La *palpation* fait reconnaître, outre ce développement parfois énorme, la conservation de la forme de l'organe, à moins toutefois qu'il n'y ait un abcès du foie accessible à l'exploration ; car alors il y a un changement dans la forme et une sensation particulière au toucher, signes sur lesquels j'insisterai dans l'article suivant, où il sera question des *abcès du foie*.

Par la *percussion* on constate surtout l'augmentation de volume du côté du thorax. Cette augmentation est quelquefois telle, que le poumon droit est refoulé, et que le cœur peut également être repoussé en haut et à gauche.

De cette dernière circonstance il résulte une gêne plus ou moins grande dans la *respiration*. Aussi les malades qui ont le foie volumineux par suite de l'inflammation chronique, sont-ils facilement essoufflés et montent-ils difficilement un escalier, comme ceux qui ont une lésion du poumon. Le degré variable d'oppression, ainsi que la douleur qui existe fréquemment, s'opposent également à ce que les sujets portent des vêtements un peu serrés. Les femmes sont obligées de renoncer à l'usage du corset, et je vois, dans quelques cas, la plus légère pression des vêtements être désagréable.

Il est évident que l'augmentation de volume du foie et ses conséquences nécessaires ont une bien grande valeur dans l'histoire de l'hépatite chronique. Lorsque cette augmentation de volume existe avec l'ictère et la douleur dans une affection de longue durée, on ne peut guère douter que l'inflammation chronique ne se soit emparée de l'organe.

Il y a dans cette affection, comme dans l'hépatite aiguë, des *troubles digestifs* ; mais ils sont très variables. On observe une diminution de l'*appétit*, ou un appétit capricieux, tantôt vif, tantôt médiocre, tantôt nul. Les digestions sont ordinairement plus ou moins difficiles. La *soif* est nulle ou peu vive. La bouche est parfois pâteuse ou amère ; on observe, en un mot, les divers accidents qu'on décrivait autrefois sous le nom de *dyspepsie*.

Du côté de l'*intestin*, nous trouvons les mêmes symptômes variés que nous avons notés dans l'hépatite aiguë : des alternatives de *constipation* et de *diarrhée*, et rarement des coliques. Lorsque la constipation existe, les selles sont ordinairement décolorées ; dans le cas contraire, elles sont plus souvent bilieuses. Lorsqu'elles sont purulentes, c'est qu'un abcès s'est ouvert dans l'intestin.

Les *urines* sont naturelles lorsqu'il n'existe pas d'ictère, c'est-à-dire dans la majorité des cas. Chez les sujets affectés d'ictère, elles n'ont pas toujours été examinées, et si dans les observations de ce genre nous ne les trouvons rougeâtres, safranées qu'un petit nombre de fois, il n'en faut pas conclure que le fait a lieu rarement. Ce qu'il y a de certain, c'est que toutes les fois que les urines ont présenté cet aspect bilieux, l'ictère existait, ce que j'avais déjà signalé dans l'hépatite aiguë.

Les *symptômes généraux* sont peu marqués au commencement de la maladie et dans la plus grande partie de son cours. Je trouve, dans la plupart des observations, l'*absence de la fièvre* marquée presque jusqu'aux derniers jours. Cependant il est

(1) *Americ. Journ. of med. sc.*, fév. 1838.

quelques cas où un *mouvement fébrile* léger, caractérisé par une chaleur sèche, un peu de malaise et une faible accélération du pouls, s'est montré à une époque peu avancée et a persisté jusqu'à la fin. Chez un petit nombre de sujets il survient, après un certain temps, de légères exacerbations le soir, quelquefois annoncées par de légers frissons. Un *dépérissement* lent, signalé par l'amaigrissement, la faiblesse, la pâleur lorsqu'il n'y a pas d'ictère, complète le tableau de ces symptômes généraux, qui se rapportent à la fièvre *hectique* ou *purulente*.

Dans les derniers temps de la maladie, tous les symptômes peuvent acquérir plus d'intensité. La douleur devient plus vive, la fièvre plus ardente et la gêne de la respiration plus grande. Dans ces cas, le décubitus dorsal est parfois seul possible, comme on en voit un exemple dans les observations de M. Andral, et les sujets finissent par succomber dans le dépérissement, ou bien il y a une de ces perforations que j'ai indiquées à l'article *Hépatite aiguë*, et alors surviennent les mêmes accidents, terminés soit par une mort rapide, soit par la guérison. Mais c'est un point sur lequel j'aurai à revenir quand je décrirai les phénomènes produits par les *abcès du foie*.

On voit que, dans la description que je viens de tracer, je n'ai fait entrer ni l'*infiltration des membres*, ni l'*ascite*, ni les *hémorrhoïdes*, ni les *épistaxis*, ni les *taches hépatiques* signalées par la plupart des auteurs. Je n'ai pas, en effet, trouvé ces symptômes dans les observations; et comme il n'est que trop vrai que l'on a presque toujours, dans la description de l'hépatite chronique, confondu des maladies différentes, il faut bien, jusqu'à nouvel ordre, laisser dans le doute ces divers signes, qui peuvent appartenir à des affections d'une autre nature.

§ IV. — Marche; durée; terminaison.

La *marche* de la maladie n'est pas toujours continue. Nous voyons un exemple remarquable d'une marche intermittente irrégulière, dans l'observation que M. Dalmas a recueillie sur lui-même. En pareil cas, l'inflammation chronique envahit-elle, à des intervalles variables, différents points du tissu hépatique? C'est une question qu'il est extrêmement difficile de résoudre. Cependant on peut supposer qu'il en est ordinairement ainsi; car, dans la formation isolée d'un abcès du foie, on ne trouve pas de temps d'arrêt qui puisse expliquer les intervalles considérables de soulagement plus ou moins complet qu'éprouvent les malades. Quant à la *durée*, elle est ordinairement fort longue, dépassant une année dans la majorité des cas, et quelquefois se prolongeant pendant deux, trois et quatre ans. Les ruptures d'abcès dont j'ai déjà parlé peuvent abréger de beaucoup la durée naturelle de l'affection.

L'*hépatite chronique* peut-elle se terminer par résolution? On a cité des faits nombreux dans lesquels on assure avoir réduit à son volume primitif le foie énormément développé. Sans nier la possibilité du fait, et tout en reconnaissant que des foies volumineux ont cessé de l'être sous l'influence de certaines médications, je dois dire que l'on ne peut pas résoudre cette question d'une manière précise. Il faudrait avoir bien constaté, en effet, que les cas cités étaient réellement des hépatites chroniques, qu'il ne s'agissait pas de simples congestions ou de tout autre état, et c'est ce que l'on n'a pas fait. C'est un des points nombreux qui, dans l'histoire des maladies du foie, demandent impérieusement de nouvelles recherches. La terminaison heureuse par suite de l'évacuation du pus des abcès par diverses voies

n'est pas douteuse; j'y reviendrai dans l'article suivant. Néanmoins, dans le plus grand nombre des cas de ce genre, cette affection se termine par la mort. C'est ce dont on peut s'assurer en parcourant les principales observations.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques de l'hépatite chronique ne diffèrent de celles de l'hépatite aiguë que par quelques particularités. Les *abcès* sont, sans contredit, la lésion principale. On ne trouve pas dans les auteurs un seul cas d'hépatite chronique terminé par la mort sans qu'il y ait eu une ou plusieurs collections purulentes.

La fausse membrane qui recouvre les parois de l'excavation est constante. Elle est plus épaisse, plus résistante que celle des abcès aigus, et quelquefois on lui a trouvé une consistance demi-cartilagineuse. Quelquefois aussi cette fausse membrane, dense et épaisse, est couverte, comme dans les excavations tuberculeuses, d'une autre couche pseudo-membraneuse mince et molle. Le pus est presque toujours blanchâtre et bien lié. Le tissu hépatique environnant conserve sa couleur et sa consistance dans le plus grand nombre des cas; il ne présente pas de ramollissement ni de rougeur, à moins qu'il n'ait été envahi par une nouvelle inflammation vers la fin de la maladie. Le nombre des abcès est très variable. Parfois on n'en trouve qu'un ou deux dont le volume peut atteindre la grosseur du poing et plus encore, et parfois l'organe est comme criblé d'abcès isolés et de dimensions diverses. Les voies biliaires peuvent offrir des altérations, mais ces altérations ne sont pas en rapport nécessaire avec les lésions hépatiques. L'augmentation de volume du foie est quelquefois si considérable, par suite de ces lésions, que les organes thoraciques et abdominaux se trouvent refoulés à une grande distance. Enfin, pour terminer cette indication des lésions appartenant en propre à l'hépatite chronique, signalons les diverses perforations, les adhérences dont elles sont entourées et les fausses membranes qui unissent le foie aux parties environnantes.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Il est ordinairement très facile dans l'hépatite chronique, de s'assurer qu'il existe une maladie de foie. L'augmentation de volume, qui est un phénomène presque constant, je pourrais même dire constant, vu l'extrême rareté des exceptions, est un caractère suffisant pour indiquer tout d'abord le siége de l'affection. Mais à quelle maladie chronique du foie a-t-on affaire? Voilà où se trouve la difficulté, et cette difficulté est grande.

On a cité comme pouvant être confondue avec l'hépatite chronique une *hypertrophie simple* de l'organe; mais l'existence de cette hypertrophie présente encore quelques doutes, et, par conséquent, je ne peux exposer ce diagnostic avant d'avoir dit un mot de cette lésion. C'est ce que je ferai dans un des articles suivants.

La simple *congestion sanguine* ne détermine qu'une gène plus ou moins grande. Elle est d'ailleurs liée aux troubles de la circulation que j'ai déjà indiqués, et ces caractères suffiront pour la faire reconnaître.

Le *cancer du foie* se distingue principalement de l'hépatite chronique en ce que la surface de l'organe offre des saillies dures qui déforment son bord inférieur, et en ce que le dépérissement est plus rapide, et par conséquent plus marqué.

Quant aux *hydatides*, je renvoie ce diagnostic différentiel à l'article où il sera question de ces entozoaires.

Je ne crois pas non plus devoir présenter ici le diagnostic de la *cirrhose ;* nous avons vu, en effet, qu'un des principaux signes de l'hépatite chronique est le développement souvent très considérable du foie : or, dans la cirrhose, cet organe diminue plus ou moins de volume, excepté dans quelques cas exceptionnels que je signalerai quand je ferai l'histoire de cette maladie. Cette circonstance suffit seule pour distinguer les deux affections.

Les éléments d'un *tableau synoptique* du diagnostic ne me paraissant pas suffisants, je passerai outre, de crainte de donner trop de précision à des faits encore douteux.

Pronostic. Le *pronostic* est nécessairement très grave. On a affirmé, il est vrai, et j'ai déjà eu occasion d'en dire un mot, qu'à l'aide des médicaments fondants on avait obtenu la résolution de foies très volumineux ; mais, je le répète, les faits ne sont pas suffisamment précis. Le principal espoir est donc dans l'ouverture des abcès à l'extérieur, soit directement, soit par l'intermédiaire d'organes creux, comme l'intestin et les bronches.

§ VII. — Traitement.

Nous ne sommes pas beaucoup mieux instruits sur le traitement de l'hépatite chronique que sur celui de l'hépatite aiguë. Cependant les moyens employés contre elle sont plus nombreux.

On a prescrit les *antiphlogistiques*, et en particulier la *saignée*, soit du bras, soit du pied, les *sangsues* à l'anus et les *ventouses scarifiées* sur l'hypochondre droit ; mais, ce qui empêche d'apprécier l'efficacité de ces moyens, c'est qu'on a souvent, sous le nom d'*hépatite chronique*, traité de simples congestions qui, en effet, cèdent facilement à leur emploi.

Les *purgatifs* sont mis en usage, surtout dans les cas où la constipation est opiniâtre ; ce sont les *sels de soude* et de *magnésie* que l'on prescrit principalement. On les donne à la dose de 15 à 20 grammes. Hufeland conseille la *rhubarbe*, qu'il associe à la belladone de la manière suivante :

℞ Racine de belladone en poudre. 0,50 gram.	Racine de rhubarbe en poudre 2,50 gram.

Divisez en dix paquets, à prendre deux ou trois par jour.

Beaucoup d'autres médecins ont conseillé la rhubarbe à la *dose de 2 à 4 grammes* par jour, et ont attribué à ce médicament la faculté de faire couler plus facilement la bile. J'y reviendrai à l'occasion de l'ictère.

Fondants. Viennent maintenant les médicaments dits *fondants*. Je citerai d'abord l'*acétate de potasse*, recommandé par Desbois (1). On peut le prescrire comme il suit :

℞ Acétate de potasse.. de 6 à 8 gram.	Sirop de fleurs d'oranger.. 35 gram.
Infusion de tilleul........ 180 gram.	

A prendre par cuillerées.

On connaît, sous le nom d'*électuaire de Kortum*, une préparation qui renferme ce médicament uni à d'autres substances, et qui a été recommandée dans des cas cités sous le nom d'*obstructions du foie*. Voici cet électuaire :

℞ Conserve de cochléaria.... 60 gram.	Extrait de pissenlit....... 30 gram.
Extrait de chiendent...... 30 gram.	Acétate de potasse......... 20 gram.

(1) *Dictionnaire de médec. et de chir. prat.*, t. XIII.

Le *savon végétal*, prescrit dans les mêmes circonstances, est fait avec le *bicarbonate de potasse* :

℞ Bicarbonate de potasse..... 4 gram. | Gomme arabique en poudre. 32 gram.

Triturez ensemble pendant longtemps. Dose : 2 à 4 grammes dans une petite quantité d'eau.

Les *pilules de savon* sont également prescrites. Elles sont ainsi composées :

℞ Savon médicinal......... 125 gram. | Nitrate de potasse........... 4 gram.
Poudre de racine de guimauve. 16 gram. |

Faites des pilules de 0,20 grammes. Dose : de 6 à 30, à doses croissantes.

L'*iode*, vanté principalement par Elliotson et Abercrombie, est aussi administré comme fondant. On peut donner les pilules suivantes :

℞ Iode.................. 0,20 gram. | Rob de sureau.............. Q. s.
Réglisse.............. 1 gram. |

Faites 10 pilules. Dose : 1 ou 2 par jour.

Il faut surveiller, dans cette administration, l'état des voies digestives.

Les *mercuriaux* ont été fréquemment mis en usage, et l'on a vanté en particulier les *pilules de Plummer*, ainsi composées :

℞ Soufre doré d'antimoine. } ÂÂ 12 gram. | Résine de gayac............ 8 gram.
Calomel.............. } | Sirop de gomme............ Q. s.

Faites des pilules de 0,30 grammes. Dose : de 2 à 4 par jour.

Sœmmerring (1) recommande particulièrement les *frictions mercurielles* faites sur la plante des pieds.

On a eu encore recours, pour faire fondre les engorgements du foie, dont on peut rapporter quelques cas à l'hépatite chronique, aux *bains de mer*, et à l'*eau de mer* prise à l'intérieur ; mais l'expérience ne nous a pas suffisamment appris ce qu'il faut penser de cette médication.

La poudre, l'extrait de *quinquina*, les ferrugineux, en un mot la *médication tonique*, est également vantée ; mais il suffit de l'indiquer, puisque nous n'avons pas de faits positifs qui déposent en faveur de son efficacité. Il en est de même du *galvanisme*, préconisé par La Beaume (2).

Quelques médecins, parmi lesquels il faut citer principalement Cheyne et Schlesinger (3), ont beaucoup insisté sur l'efficacité des *pédiluves nitro-muriatiques*. Voici celui que prescrit ce dernier auteur :

℞ Acide hydrochlorique..... 90 gram. | Eau pure................ 120 gram.
Acide nitrique........... 60 gram. |

Mêlez. Prenez le tiers de ce mélange, et versez-le dans :

Eau.. 5550 gram.

Le malade prendra le bain de pieds le soir, ayant l'eau jusqu'aux genoux. Il y restera vingt minutes.

On a encore préconisé le *chlore* (4), la *chélidoine* (5), la *gomme ammoniaque*,

(1) *De morbis vas. absorb.* : Francfort-sur-le-Mein, 1795.
(2) *Du galv. appl. à la médecine*, trad. de Fabré Palaprat : Paris, 1828.
(3) *Hufeland's Journal*.
(4) WALLACE, *Researches respect. the med. pow. of chlor.* : Dublin, 1823.
(5) BENEDIX, *Rust's Mag.*, 1823.

la *mousse d'Islande*, etc. Mais dans l'état actuel de la science, ces moyens ne méritent qu'une simple mention.

Il ne faut pas oublier dans cette énumération les *eaux minérales alcalines*, telles que l'eau de Vichy (1), de Saint-Nectaire, de Carlsbad, du Mont-Dore, de Néris, de Plombières, de Bussang, etc. On a cité un assez grand nombre de cas dans lesquels ces eaux, dont la base principale est le carbonate de soude, ont produit de bons effets dans les affections chroniques du foie. C'est pourquoi j'en parle ici. Mais quelle est leur action dans l'hépatite chronique en particulier? C'est ce qu'il est impossible de dire.

Hydrothérapie. M. Scoutetten (2) rapporte un fait assez curieux pour que je doive l'indiquer. Il s'agit d'un malade qui, depuis quarante ans, souffrait de l'hypochondre droit, et qui, à l'époque où il se soumit au *traitement par l'eau froide*, avait le foie assez volumineux pour occuper une grande partie de l'abdomen. Deux saisons de trois ou quatre mois suffirent pour amener une très grande amélioration, et au bout de deux ans le foie avait cessé de faire saillie au-dessous des fausses côtes. Existait-il, en pareil cas, une hépatite chronique? C'est ce qu'on ne saurait dire, et par conséquent je me borne à mentionner le fait sans en tirer aucune conséquence rigoureuse pour le traitement de la maladie dont il s'agit ici.

A l'extérieur, on applique ordinairement soit des *cautères*, soit des *moxas*, que l'on entretient pendant un temps fort long. Le *séton* est également mis en usage : en un mot, on provoque une suppuration abondante, dans le but de favoriser la résolution de l'inflammation chronique.

Enfin, j'ajouterai qu'un *régime* assez sévère sans être trop débilitant, la *limonade tartrique*, ou mieux, suivant quelques uns, la *limonade hydrochlorique*, complètent ce traitement. Voici comment on compose cette limonade :

℞ Eau	1000 gram.	Acide hydrochlorique jusqu'à agréable acidité.
Sirop de sucre	60 gram.	

Mêlez avec soin. A prendre par demi-verres, dans la journée.

Résumé. On voit, comme je l'ai annoncé en commençant, combien ce traitement est encore vague et incertain. D'une part, en effet, nous ignorons presque toujours si les cas cités comme des exemples de guérison appartenaient réellement à l'hépatite chronique : et, d'autre part, les assertions des auteurs ne sont presque jamais appuyées sur des faits positifs : elles résultent presque toujours de certaines opinions préconçues. Il serait donc inutile de donner des ordonnances. C'est au médecin à voir, dans les cas qui s'offriront à lui, quels sont, parmi les moyens mentionnés, ceux qui paraissent le mieux appropriés.

ARTICLE IV.

ABCÈS DU FOIE.

Dans les deux articles précédents nous avons indiqué la manière incontestablement la plus fréquente dont se produisent les abcès du foie. Dans quelques cas particuliers cependant, on a pu les rapporter à la *fonte de tubercules* dans cet

(1) Voy. à ce sujet, PETIT, *Du mode d'action des eaux min. de Vichy*, etc.; Paris, 1850.
(2) *De l'eau sous le rapport hygiénique et médical, ou de l'hydrothérapie*; Paris, 1843, in-8.

Pour que l'opération réussisse, il faut que, avant l'écoulement du pus, il existe des adhérences entre la partie du foie occupée par l'abcès et la paroi de l'abdomen. Or nous avons vu que ces adhérences sont bien loin d'exister dans tous les cas. C'est pour les provoquer, avant de donner issue au pus, qu'on a inventé divers procédés dont je vais citer les principaux.

PROCÉDÉ DE M. GRAVES (1).

Incisez largement tous les tissus jusqu'à une ou deux lignes de la collection. Puis, sans chercher à pénétrer jusqu'à l'abcès, remplissez la plaie de charpie, et attendez que, dans un mouvement, un accès de toux, un éternument, la tumeur vienne s'ouvrir d'elle-même au fond de l'incision.

Chez un sujet opéré par M. Graves, le succès de ce moyen fut complet, quoique l'abcès ne correspondît pas directement au fond de la solution de continuité.

PROCÉDÉ DE M. BÉGIN (2).

Incisez couche par couche jusqu'au péritoine. S'il n'y a pas d'adhérences, arrêtez-vous et pansez simplement. La tumeur tend à remplir la plaie en soulevant le péritoine ; les deux faces de cette membrane ne tardent pas à s'agglutiner et à se réunir solidement, et trois ou quatre jours après la première opération, on ouvre l'abcès du foie avec sécurité. Si l'on reconnaît l'existence des adhérences au moment de la première incision, il est bien entendu qu'on doit passer outre et faire pénétrer l'instrument jusqu'à l'abcès.

Ce procédé, qui a été maintes fois expérimenté avec un grand succès, tant en France qu'en Angleterre, et que M. Velpeau, en particulier (3), avait déjà, en 1839, employé trois fois avec avantage, est celui qui est le plus généralement adopté, et qui, d'après les faits connus, mérite le plus de l'être.

PROCÉDÉ DE M. RÉCAMIER (4).

Appliquez de la potasse caustique sur plusieurs points très rapprochés de la saillie morbide, afin que, par leur réunion, ils fassent naître une large escarre, qu'on fend au bout de quelques jours avec l'instrument tranchant. On porte alors au fond de la plaie une nouvelle dose de caustique qui doit agir bien plus en profondeur qu'en largeur. Répétée ainsi successivement, la cautérisation détermine sûrement l'adhésion du péritoine hépatique avec le péritoine des parois abdominales, et met à même d'enfoncer, soit le trois-quarts, soit le bistouri dans le kyste, dès que le doigt sent distinctement la fluctuation au-dessous de l'escarre divisée.

C'est de l'invention de ce procédé ingénieux que datent tous ceux qui ont pour but de provoquer les adhérences. Autrefois on employait, il est vrai, la potasse caustique, mais pour pénétrer jusqu'à l'abcès lui-même ; ce qui avait des inconvénients tels, qu'on avait été obligé d'y renoncer. Quelques auteurs regardent ce procédé de M. Récamier comme étant encore le plus sûr. Cependant ils ne citent pas d'accidents funestes causés par celui de M. Bégin, plus expéditif, moins dou-

(1) *The Dublin hosp. Reports*, mai 1827.
(2) *Journ. hebd.*, t. Ier, 1830.
(3) *Médec. opér.*, 2e édit., t. IV, p. 10.
(4) VELPEAU, *Médec. opérat.*, loc. cit.

loureux, et qui me paraît devoir être préféré, tant qu'on ne lui opposera pas de faits malheureux.

Rendre, par la position, l'*écoulement du pus facile* ; empêcher la cicatrisation trop prompte de l'ouverture et son obstruction ; faire pénétrer dans le kyste des *injections médicamenteuses*, comme les injections d'iode : tels sont les moyens propres à hâter la guérison. Mais insister plus longtemps sur un tel sujet, ce serait sortir de mon cadre.

ARTICLE V.

RAMOLLISSEMENT, INDURATION DU FOIE.

Dans la plupart des articles modernes consacrés aux maladies du foie, on trouve décrits comme des états morbides distincts le *ramollissement* et l'*induration* de cet organe. Après avoir pris connaissance des principales observations rapportées par les auteurs, et notamment de celles de M. Andral (1), il ne me paraît pas possible de faire de ces altérations pathologiques des maladies particulières, si ce n'est dans quelques cas rares. Si, en effet, nous examinons ces faits, voici ce que nous voyons :

1° *Ramollissement.* Dans les observations de M. Andral, on trouve des ramollissements qu'on peut appeler aigus, et d'autres qu'on peut regarder comme chroniques. Les premiers ne sont autre chose que des lésions secondaires survenues dans le cours d'une maladie grave ; ils ne doivent pas nous occuper. Les autres, dont on ne trouve que de rares exemples, ont eu pour signes, pendant la vie, des symptômes de gastralgie ou de gastrite chronique, avec des troubles intestinaux notables, et à l'autopsie on n'a trouvé d'autre lésion que le ramollissement du foie pour expliquer ces phénomènes. Suivant M. Andral, le défaut de sécrétion de la bile serait la cause première de tous les accidents. Quant à la nature de l'affection, il ne peut se prononcer sur ce point. On voit que dans l'état actuel de la science il est impossible d'avoir des données vraiment utiles sur cette lésion, et qu'on ne saurait en présenter une histoire intéressante pour le praticien.

2° *Induration.* Cette lésion n'est guère plus importante pour la pratique. Tout ce qu'il est nécessaire de dire, c'est qu'on peut la regarder comme une cause d'ascite, et qu'elle a toujours paru au-dessus des ressources de l'art. J'ajouterai cependant que les observations qu'on nous en a données laissent en général beaucoup à désirer, et que les veines de l'abdomen, en particulier, ayant été rarement examinées, on est souvent dans l'incertitude sur la cause réelle de l'hydropisie.

Je n'ai voulu citer ces altérations que pour mémoire. Elles ne sont évidemment dignes d'attention que sous le point de vue de l'anatomie pathologique, qui est loin d'être le principal dans cet ouvrage.

ARTICLE VI.

HYPERTROPHIE DU FOIE.

L'hypertrophie du foie est encore une lésion qui, dans l'état actuel de la science, n'a qu'un médiocre intérêt pour nous. Les cas rares qui en ont été rapportés ne

(1) *Clin. méd.*, 3ᵉ édit., t. II, p. 357 et 407.

permettent pas, en effet, d'en tracer un tableau pathologique complet, et d'autre part nous n'avons que des renseignements tout à fait insuffisants sur sa thérapeutique. C'est pourquoi je me bornerai à de très courtes considérations.

L'hypertrophie du foie a été divisée en *générale* et en *partielle*, et l'on a recherché encore quel était le tissu particulièrement hypertrophié. C'est, d'après presque tous les auteurs, la partie granuleuse qui est le siége de cette lésion. Ces divisions, importantes sous le point de vue de l'anatomie pathologique, le sont très peu sous le point de vue pratique.

Causes. Nous ne savons rien de positif relativement aux causes de cette lésion. Lorsque l'on a dit que l'hypertrophie était due à un afflux de sang trop considérable ou à une irritation nutritive, on n'a fait qu'émettre des hypothèses sans résoudre la question étiologique. On a, il est vrai, prétendu que les congestions sanguines répétées pouvaient se terminer par une véritable hypertrophie ; mais on n'a pas fourni des faits suffisants pour appuyer une semblable proposition.

M. Andral (1) admet l'existence d'une cause générale chez les sujets *scrofuleux*, dont la glande hépatique reste anormalement développée, de même que les autres organes glandulaires. Cette assertion demande à être appuyée sur de nouvelles recherches. Enfin on a dit que les *affections du cœur*, des *voies respiratoires* et des *voies digestives* donnaient lieu aux cas les plus nombreux d'hypertrophie du foie ; mais bien souvent on a évidemment pris pour une hypertrophie la congestion sanguine de longue durée que l'on observe dans ces circonstances.

Symptômes. Quand on examine les observations, on voit que la *gêne*, la *pesanteur* déterminées dans l'hypochondre droit, par l'augmentation de volume de l'organe, et un certain degré d'*essoufflement*, sont les seuls symptômes qu'on puisse attribuer à l'hypertrophie du foie. Cependant il n'est pas rare de trouver des sujets qui, avec une augmentation de volume de cet organe, éprouvent quelques troubles digestifs, tels que *perte d'appétit* et *digestions laborieuses*, phénomènes qu'on ne peut rapporter qu'à l'état du foie, et qui se dissipent lorsque cet état a disparu ; mais, en pareil cas, existe-t-il véritablement une lésion à laquelle on puisse donner le nom d'hypertrophie ? Chez un sujet, M. Andral a noté l'existence de l'*ictère* ; mais c'est là un cas qui n'est pas ordinaire, et l'on se demande si ce symptôme était réellement en rapport avec la lésion. Tous les autres phénomènes pathologiques peuvent être attribués aux diverses maladies qui se montrent concurremment avec l'hypertrophie du foie.

La *marche* de cette affection est essentiellement chronique. Sa *durée* est illimitée, et il n'est aucun fait qui prouve qu'elle puisse par elle-même compromettre la vie des malades.

Les *lésions anatomiques* sont diverses, suivant que l'hypertrophie est générale ou partielle. Dans le premier cas, le foie peut être considérablement augmenté de volume : d'une part remonter au-dessus de la huitième côte, et de l'autre descendre jusqu'à l'ombilic et même jusqu'au bassin. En même temps cet organe conserve sa forme normale, ce qui est reconnu pendant la vie à l'aide de la palpation, de même que le développement de volume, du côté de la cavité thoracique, est apprécié par la mensuration et la percussion. Dans d'autres cas, le grand lobe est

(1) *Anatomie pathologique*, t. II.

considérablement hypertrophié, tandis que le lobe gauche conserve son volume, ou même est atrophié. D'autres fois enfin on a vu des portions limitées du foie hypertrophié former des tumeurs arrondies au niveau de l'épigastre ou d'une partie du grand lobe. Dans ces derniers cas, on a trouvé d'autres lésions dans l'organe et principalement des kystes. « Quant au lobe de Spigel, dit M. Andral (1), je n'ai pas vu que l'observation confirmât ce qui a été dit sur son augmentation de volume, les autres lobes du foie n'étant pas hypertrophiés. »

Ordinairement le foie conserve sa fermeté normale; quelquefois cependant on l'a trouvé un peu ramolli.

Diagnostic. Il est très difficile d'établir le *diagnostic* de cette affection. Je me borne à dire que si, sans symptômes violents, un sujet s'offre à l'observation avec un foie développé d'une manière permanente, sans alternatives d'augmentation et de diminution, la forme de l'organe étant conservée, on peut soupçonner l'existence d'une simple hypertrophie. Mais on doit être très réservé dans ce diagnostic, car les maladies chroniques qui peuvent donner lieu à une semblable augmentation de volume du foie ne sont pas assez bien connues pour qu'on soit certain que ces signes ne leur appartiennent pas également.

Quant au *traitement*, il suffit de faire remarquer qu'on ne l'a pas étudié en l'appliquant à des cas bien caractérisés d'hypertrophie simple; j'ajouterai seulement que, d'après les auteurs, il ne diffère pas sensiblement de celui de la congestion de longue durée, et qu'il consiste par conséquent dans des applications réitérées de *sangsues* à l'anus et sur l'hypochondre droit, en de légers *purgatifs* renouvelés à des intervalles de quelques jours, dans un *régime* assez sévère, et le *repos*. Cependant on sera autorisé à mettre en usage, dans la plupart des cas, les divers *remèdes fondants* indiqués à l'article de l'*Hépatite chronique*. Les *eaux minérales*, telles que l'eau de Vichy (2), de Néris, etc., en boisson et en bains, font ordinairement disparaître d'une manière rapide cet *engorgement du foie* avec troubles de la digestion, dont j'ai parlé plus haut, mais que, dans l'état actuel de la science, on ne peut pas, d'une manière très positive, rapporter à une véritable hypertrophie.

ARTICLE VII.

ATROPHIE DU FOIE.

L'atrophie du foie ne mérite pas des considérations plus étendues. Cette lésion a été étudiée avec un soin particulier sous le point de vue anatomique. On peut consulter sur ce sujet l'article de M. Cruveilhier sur les affections du foie, ainsi que le *Traité d'anatomie pathologique* de cet auteur et la *Clinique médicale* de M. Andral. Mais, sous le point de vue pathologique, nous avons des données si incertaines, que tout ce qu'il est permis de dire, c'est que l'atrophie du foie se lie d'une manière presque constante, sinon constante, comme le pense M. Andral, à une hydropisie ascite. Si l'on voit survenir cette dernière affection chez un sujet sur lequel on constate à l'aide de la palpation, et surtout de la percussion, une diminution notable du volume du foie, on pourra penser à une atrophie; mais il ne

(1) *Loc. cit.*, p. 592.

(2) CH. PETIT, *Du mode d'action des eaux minérales de Vichy et de leurs applications thérapeutiques*: Paris, 1850, in-8.

faut pas oublier que cette atrophie peut résulter de la *cirrhose*, maladie sur laquelle nous nous étendrons plus longuement dans l'article suivant.

Faut-il maintenant parler de l'*étiologie*, des *lésions anatomiques*, de la *marche* de l'atrophie du foie? Je crois que ce serait entrer dans des détails inutiles. Nous venons de voir, en effet, que l'affection n'avait d'autre caractère pathologique que celui de produire l'ascite dont il sera question plus tard, et, d'un autre côté, il est universellement reconnu que l'atrophie du foie est au-dessus des ressources de l'art. Enfin, et c'est là une raison capitale pour nous, cette atrophie est ordinairement due à la compression du foie par des tumeurs variées; elle ne constitue par conséquent qu'une lésion secondaire.

ARTICLE VIII.

CIRRHOSE DU FOIE.

On chercherait en vain des descriptions de la cirrhose dans les ouvrages qui ont paru avant ces dernières années. Cette lésion du foie, qui est une cause fréquente de l'ascite, avait été méconnue ou confondue avec d'autres altérations jusqu'à Laënnec (1). Cet auteur, le premier, a reconnu que, dans certains cas d'ascite, le foie présentait une altération toute particulière qu'il crut devoir regarder comme le résultat d'une production morbide. M. Boulland reprit la question sous le point de vue de l'anatomie pathologique, et plus tard M. Becquerel en a fait le sujet de recherches étendues. C'est à l'aide de ces travaux et de plusieurs observations inédites que je vais présenter les détails suivants.

§ I. — Définition; synonymie; fréquence.

On a dit que la cirrhose était caractérisée par un état particulier du foie qui donne aux tissus de cet organe l'aspect de la cire. Cette définition me paraît insuffisante, et je crois qu'il vaut mieux, avec M. Becquerel, définir la cirrhose une affection caractérisée anatomiquement par l'hypertrophie de la substance jaune du foie, ou, en d'autres termes, des granulations, coïncidant, à une époque avancée de la maladie, avec une diminution générale du volume de cet organe. On a encore désigné cette affection sous le nom d'*état granuleux du foie*, et les Allemands lui donnent celui de *Muscatnussleber*. La *fréquence* de la maladie n'est point encore rigoureusement déterminée. Nous pouvons dire cependant que depuis qu'elle a été signalée on en a cité de nombreux exemples.

§ II. — Causes.

Suivant M. Becquerel (2), l'étiologie de la cirrhose ne serait pas aussi difficile qu'elle le paraît au premier abord. Voyons quelles sont les circonstances dans lesquelles elle s'est développée, suivant cet auteur, et d'après le petit nombre d'observations que j'ai pu rassembler.

1° Causes prédisposantes.

M. Becquerel a trouvé, relativement au *sexe*, que, sur soixante-trois cas, il y

(1) BOULLAND, *Considér. sur un point d'anat. pathol. du foie* (*Mém. de la Soc. d'émul.*, t. IX, 1826).

(2) *Rech. anat. et path. sur la cirrh. du foie* (*Archiv. gén. de méd.*, mai et juin 1840).

avait quarante hommes et dix-sept femmes ; il en conclut que les hommes sont plus disposés à la cirrhose. Cependant on peut regarder ces chiffres comme étant encore insuffisants. Je trouve, dans cinq cas que j'ai réunis, trois femmes et deux hommes.

L'*âge* est très variable : dans les observations rapportées par M. Becquerel, la maladie a été plus fréquente entre trente et quarante ans ; dans celles dont je viens de parler, l'âge a varié entre trente-trois et soixante-neuf. Les enfants peuvent aussi être affectés de la cirrhose. MM. Baron et Ghérard en ont cité chacun un exemple.

La *constitution* n'a offert rien de particulier à M. Becquerel. Chez les sujets dont j'ai rassemblé les observations, la constitution était généralement médiocre. Une *nourriture* mauvaise et des *excès* de toute espèce ont été mis au nombre des causes de cette maladie ; mais l'insuffisance des chiffres ne permet pas de regarder cette assertion comme positive, surtout quand il s'agit d'individus observés dans les hôpitaux, et chez lesquels ces conditions hygiéniques sont si fréquentes. L'*habitation* d'un lieu bas, mal aéré, humide, a été assez fréquemment notée ; mais, encore ici, devons-nous nous abstenir de conclure rigoureusement, par la même raison qui vient d'être indiquée.

2° Causes occasionnelles.

Parmi les *causes déterminantes*, M. Becquerel a cité en première ligne les *affections du cœur*, et il a expliqué la production de la cirrhose comme une suite des *nombreuses congestions* qui surviennent dans le cours de ces affections. La moitié des sujets qu'il a observés présentaient une affection du cœur antérieure à la cirrhose. Dans les cinq observations déjà citées, on n'a noté qu'une seule fois un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire, et ce rétrécissement n'était pas assez considérable pour occasionner une stase notable du sang dans le foie. De nouvelles recherches me paraissent nécessaires sur ce point.

L'*emphysème pulmonaire*, également signalé par cet auteur, n'aurait eu d'autre influence que de provoquer le développement de la maladie du cœur. Les réflexions précédentes s'appliquent, par conséquent, à cette affection.

Les *tubercules* n'ont pu être considérés comme donnant lieu à la cirrhose que dans six cas observés par M. Becquerel. Dans ceux que j'ai cités, on trouvait seulement une trentaine de petits tubercules chez un sujet, et un seul chez un autre.

L'influence des maladies dont il vient d'être question ne paraît pas définitivement démontrée. Cependant il ressort de cette analyse qu'il est rare que la cirrhose survienne chez un individu qui n'est pas affecté d'une maladie étrangère au foie.

Les *affections morales* vives, qu'on aurait pu aussi étudier dans les causes prédisposantes, méritent une mention à cause de leur action bien connue dans la production de l'ictère. Chez deux des sujets dont j'ai l'observation sous les yeux, des chagrins très vifs ont été suivis immédiatement du début de la maladie. Cette cause ne s'est reproduite que chez deux des malades dont parle M. Becquerel, en sorte qu'en somme la proportion est minime.

Enfin, j'indiquerai seulement les *grandes fatigues* corporelles et les *affections du tube digestif*. Les premières n'ont existé que très rarement, et les secondes se sont montrées presque toujours après le début de la maladie du foie.

§ III. — Symptômes.

Pour tracer la description de la cirrhose, M. Becquerel a divisé cette affection

en deux espèces, qui sont : la *cirrhose aiguë* et la *cirrhose chronique*. Mais il s'est borné, pour faire connaître la première, à en citer un exemple, et, dans ce cas, sauf la marche rapide de la maladie, et une douleur de l'hypochondre un peu plus considérable qu'on ne la rencontre ordinairement, il n'y a eu rien de particulier. Je me contenterai donc d'une description générale, car il suffit d'avoir attiré l'attention sur cette marche rapide de l'affection dans quelques cas.

Début. Le début n'est ordinairement annoncé que par un peu de malaise ; quelquefois il est marqué par un sentiment de gêne plutôt que de douleur dans la région hépatique, et assez fréquemment les malades n'en ont aucune conscience ; de telle sorte qu'ils ne commencent à s'apercevoir de leur état de maladie que lorsque l'ascite apparaissant, leurs vêtements deviennent trop serrés. Quelques troubles digestifs, et principalement une diminution plus ou moins notable de l'appétit, peuvent aussi coïncider avec l'apparition de l'affection hépatique.

Symptômes. Lorsque la maladie est confirmée, on observe les *symptômes* suivants : Une *douleur*, qui est loin d'être fréquente, est ressentie par quelques individus, soit dans la région du foie, soit dans les lombes, soit, ce qui est plus rare, dans une partie de l'abdomen rapprochée de l'ombilic. Ce symptôme n'a existé que deux fois dans les cas que j'ai rassemblés, et bien plus rarement encore dans ceux dont M. Becquerel a donné l'analyse. La douleur s'est toujours montrée faible et sourde ; la *pression* n'en a jamais réveillé aucune dans la région du foie, à moins de complication.

D'après les recherches de M. Becquerel, le foie peut être *augmenté de volume* à une époque peu éloignée du début. Dans les cas que j'ai rassemblés, cet organe présentait un volume notablement au-dessous de l'état normal, sans doute parce que la maladie était arrivée à une période avancée. Au reste, cette augmentation passagère du volume n'est jamais très considérable ; elle ne saurait en imposer pour une des affections chroniques dont je parlerai plus loin, et dans lesquelles le foie devient énorme. Cependant il peut y avoir des exceptions à cette règle. M. le docteur Requin (1) a, en effet, cité deux cas dans lesquels le volume du foie, au lieu d'être diminué, était au contraire augmenté d'une manière notable, bien que la maladie fût arrivée à une période avancée.

Il résulte de là que la *palpation* ne fournit ordinairement que des caractères négatifs. De quelque manière, en effet, qu'on la pratique, lorsque l'affection a une certaine durée, et quand même l'ascite ne s'opposerait pas, dans plusieurs cas, à ce qu'elle fût exercée convenablement, on ne sent sous les fausses côtes ni résistance ni tumeur.

A l'aide de la *percussion*, on peut parfois constater la diminution du volume du foie. C'est ainsi que, dans un cas qui m'a été communiqué par M. Cossy, la matité déterminée par cet organe ne s'élevait que jusqu'à la neuvième côte.

L'*ictère*, dit M. Becquerel, est très rare dans la cirrhose ; mais cet auteur fait remarquer qu'il existe fréquemment une *coloration particulière* de la peau qu'il décrit ainsi : « Cette coloration de la peau, plus caractérisée à la face et au cou que dans les autres parties, est constituée par une teinte jaunâtre légèrement terreuse, qui, à peine sensible et d'une nuance légère dans quelques cas, peut, dans d'autres cas au contraire, acquérir un haut degré d'intensité, et donner à la face sur-

(1) *Voy.* à ce sujet une *Note sur un cas de cirrhose avec hypertrophie du foie*, par M. Mesnet *Union médic.*, mardi 17 avril 1849.

tout une teinte légèrement cuivreuse, qui se rapproche de l'ictère, auquel on peut, jusqu'à un certain point, l'attribuer, puisque le fond des conjonctives est un peu jaune. » Il est fâcheux que M. Becquerel ne nous ait pas indiqué la proportion exacte des cas où se produit cette coloration. Dans ceux que j'ai rassemblés, elle s'est montrée deux fois ; dans deux autres, elle a complétement manqué, et chez le cinquième sujet il existait un véritable *ictère jaune-verdâtre*, assez intense, occupant les sclérotiques aussi bien que toutes les autres parties du corps. La coloration particulière décrite par M. Becquerel ne me paraît être autre chose qu'un ictère très léger, et que par conséquent on doit rechercher très attentivement.

L'*ascite* est un des phénomènes les plus remarquables qu'on observe dans le cours de la cirrhose. D'après les observations de M. Becquerel, elle ne se produit que lorsque l'affection est parvenue à une époque assez avancée; mais à cette époque elle est constante. C'est ce qui a été noté dans les observations que j'ai sous les yeux, et où, comme je l'ai dit plus haut, la cirrhose présentait toujours la forme chronique. Lorsque l'ascite est due uniquement à l'altération du foie, elle est remarquable en ce qu'elle se produit avant *l'œdème des membres inférieurs;* c'est ce qui a été noté dans les cas que j'ai rassemblés. En outre, ce n'est qu'au bout d'un temps quelquefois assez long que les jambes commencent à s'œdématier. Leur infiltration peut même rester peu considérable, et n'être nullement en rapport avec l'abondance de l'épanchement dans la cavité péritonéale. Lorsqu'il existe d'autres lésions qui donnent lieu à l'anasarque, comme les affections du cœur ou des reins, les choses peuvent se passer différemment; mais alors on trouve dans les symptômes propres à ces maladies la raison de cette anomalie apparente. L'ascite ne présente, du reste, rien de spécial dans ces cas que je rappellerai à l'article *Hydropisie*.

Une particularité que M. Becquerel n'a pas mentionnée, et qui cependant a une très grande importance, c'est la présence sur l'abdomen de *veines dilatées et sinueuses* extrêmement apparentes. Elles ont été décrites dans trois des cinq cas que j'ai déjà indiqués, et, dans les deux autres, on a peut-être oublié de les rechercher. J'insiste sur ce point, parce que, dans le diagnostic de l'*ascite*, j'aurai à rappeler ces faits. Chez un sujet, la dilatation veineuse se montrait dans toute l'étendue de l'abdomen, y compris l'épigastre.

Dans les premiers temps, la *face* peut rester naturelle. A une époque plus avancée, outre la coloration dont il a été question plus haut, elle offre un amaigrissement notable, elle est ridée et grippée. Les *membres supérieurs* participent à l'amaigrissement général; et comme ils n'offrent pas d'infiltration, il existe une disproportion frappante entre leur volume, celui de l'abdomen et celui des membres inférieurs.

Dans les premiers temps, l'*appétit* ne subit qu'une diminution peu considérable, ou même est conservé. A une époque avancée, il est notablement diminué, ou même il existe une anorexie complète. Des *vomissements* muqueux ou bilieux, des *éructations* gazeuses se montrent dans un certain nombre de cas ; mais il est impossible, dans l'état actuel de la science, de dire quel est le rapport de ces symptômes avec l'affection hépatique. La *soif* est toujours modérée; la bouche reste naturelle, si ce n'est vers les derniers jours et lorsque l'agonie commence; car alors la *langue* devient souvent rouge et sèche, ou couverte d'un enduit épais. La *constipation* est rare, d'après les observations de M. Becquerel; mais ce sym-

ptôme n'a pas été étudié d'une manière assez précise dans son mémoire. Il arrive sans doute assez souvent qu'un *dévoiement* léger survient, soit par suite d'une complication, soit parce qu'il a été provoqué par les purgatifs. Sauf ces cas, on peut dire que la constipation est un phénomène constant; et si, chez un sujet, M. Becquerel a constaté que les selles sont restées naturelles dans tout le cours de la maladie, on doit regarder ce fait comme exceptionnel. A une époque très rapprochée de la terminaison fatale, les selles deviennent involontaires dans un assez bon nombre de cas.

Les *urines* présentent des caractères particuliers. « Elles sont, dit M. Becquerel, d'une couleur jaune orangé très foncé et souvent rougeâtres, très denses, fortement acides, et chargées d'une quantité anormale d'urate acide d'ammoniaque, qui se précipite soit spontanément par le refroidissement, soit par l'addition d'une petite quantité d'acide nitrique. » Dans les cas que j'ai sous les yeux, ces caractères des urines ont été constatés alors même qu'il n'y avait pas de coloration jaune de la peau, et en même temps on s'est assuré, en soumettant le liquide à l'action de la chaleur, qu'il ne contenait pas d'albumine.

La *respiration* n'est point gênée dans les cas où l'ascite n'est pas considérable et où il n'existe point de complication. Le *pouls* varie de 60 à 100 pulsations, et n'acquiert ce dernier degré de fréquence qu'à une époque voisine de l'agonie; il peut alors devenir irrégulier et inégal.

La *chaleur de la peau* reste normale dans le plus grand nombre de cas. Quelquefois on a noté un *refroidissement*, mais ce n'est que dans les derniers temps de la maladie. Un phénomène plus remarquable, c'est la *sécheresse de la peau*, qui a été notée par M. Becquerel, et que je retrouve dans mes observations. Dans un cas recueilli par M. Cossy dans le service de M. Louis, il n'y avait *pas la moindre trace de sueur*, même sous les aisselles. On administra des sudorifiques, et l'on tripla les couvertures du malade, sans pouvoir produire la moindre moiteur. C'est là évidemment un symptôme important. La peau est en même temps rugueuse et a l'aspect terreux, au moins dans un bon nombre de cas.

Lorsque l'affection touche à sa fin, on note chez beaucoup de malades, un anéantissement complet, avec trouble des fonctions intellectuelles, et l'agonie dure ordinairement plusieurs heures.

§ IV. — Marche; durée; terminaison.

D'après les observations de M. Becquerel, la *marche* de la maladie est continue, et il est extrêmement rare de rencontrer des rémissions. C'est en effet ce qui a été noté dans les observations particulières que j'ai indiquées. Une fois l'ascite produite, on observait une augmentation constante de tous les symptômes, et si l'on pratiquait la paracentèse, l'hydropisie ne tardait pas à se reproduire aussi abondante qu'auparavant.

La *durée* de la maladie est, dans presque tous les cas, considérable; cependant on voit quelquefois les symptômes marcher rapidement, même alors que les lésions ont un caractère de chronicité non douteux. C'est ainsi qu'un sujet observé par M. Cossy, dans le service de M. Louis, à l'hôpital Beaujon, a succombé deux mois après l'époque à laquelle il faisait remonter les premiers symptômes. Mais il faut remarquer qu'en pareil cas le premier phénomène apparent est l'ascite, et que sans aucun doute la lésion du foie est beaucoup plus ancienne. D'après les obser-

vations que nous possédons, la durée est de cinq ou six mois à un an et plus. Nous avons vu plus haut que, suivant M. Becquerel, il existe une *cirrhose aiguë* dont les périodes sont beaucoup plus courtes ; mais il est bien rare qu'en cet état la maladie occasionne par elle-même la mort, et le plus souvent, il faut le reconnaître, cette cirrhose aiguë n'est que le premier degré de la maladie.

Dans tous les cas bien connus, la *terminaison* a été fatale.

§ V. — Lésions anatomiques.

J'exposerai rapidement les altérations anatomiques. Nous avons vu qu'avant Laënnec on regardait ces altérations comme de nature tuberculeuse ; cet auteur ayant démontré qu'elles étaient d'une nature tout à fait différente, en a tracé une description détaillée. Il décrit, en effet, une cirrhose en masse, une cirrhose en plaque et une cirrhose en kystes. Mais les investigations ultérieures ont montré que ces diverses formes générales n'avaient pas une grande importance, et que le point essentiel est le développement des granulations.

Ces granulations, d'après M. Andral, sont formées par l'hypertrophie de la substance blanche du foie, en même temps que la substance rouge est atrophiée.

M. Becquerel a adopté cette opinion ; mais, d'après M. Cruveilhier, ce ne serait pas toute la substance blanche ou jaune du foie qui serait hypertrophiée, et il n'y aurait que quelques granulations qui prendraient un volume considérable, tandis que d'autres s'atrophieraient. Les documents sur ce point ne sont pas assez précis pour qu'on puisse se prononcer. Contentons-nous donc d'exposer, d'après les recherches de M. Becquerel et d'après ce que nous avons trouvé dans nos observations, l'état des granulations hypertrophiées et celui du tissu qui les entoure, ainsi que la forme générale du foie.

M. Becquerel a observé que, dans le premier degré de la cirrhose, le foie acquiert un volume plus grand qu'à l'état normal. A cette époque aussi l'organe est congestionné. Dans les observations que j'ai sous les yeux, jamais cet état ne s'est présenté. Plus tard le foie est, au contraire, diminué de volume (1), il a une couleur jaune foncé, cuir de botte ; à sa surface externe, on voit, au-dessous du péritoine, des granulations volumineuses formant comme des mamelons juxtaposés, et dont le diamètre peut s'élever à 4, 5 ou 6 millimètres. Lorsque leur volume est aussi considérable, ces espèces de mamelons sont comme entassés. On en trouve un bon nombre qui sont déformés par suite de la pression qu'ils ont exercée les uns sur les autres ; mais on n'en trouve pas de très petits à côté d'autres volumineux, comme cela devrait être d'après la manière de voir de M. Cruveilhier. Cependant on a cité des cas où le foie était notablement déformé, et présentait à l'extérieur de larges saillies séparées par des intersections plus ou moins profondes : peut-être cet état est-il dû à cette atrophie partielle dont parle l'auteur que je viens de citer. Mais il faut prendre garde aussi de confondre avec la cirrhose une simple atrophie du foie, comme cela a été fait quelquefois. Une déformation semblable peut, en effet, se montrer dans l'atrophie, et l'état seul des granulations, volumineuses dans la cirrhose, très petites dans l'atrophie, peut éclairer l'observateur. Dans quelques cas rares, enfin, comme on en trouve un exemple dans un des cas rapportés par

(1) *Voy.* plus haut (p. 168) les cas exceptionnels observés par M. Requin.

M. Andral, on rencontre une véritable destruction d'un certain nombre de granulations qui semblent avoir été énucléées, et qui laissent des vacuoles disséminées dans le foie, tandis qu'aux environs les granulations sont entassées dans un espace trop petit pour les contenir.

Les divers états que je viens de décrire correspondent aux trois degrés admis par les auteurs.

Le tissu qui environne les granulations, c'est-à-dire la substance rouge, la partie éminemment vasculaire du foie, s'atrophie, au contraire, d'une manière évidente, de telle sorte qu'entre les granules, elle n'a plus que l'épaisseur d'une mince pellicule. On peut s'en convaincre facilement en énucléant les granulations, ce qui est toujours facile lorsqu'elles ont atteint un volume considérable. Il reste alors une cavité arrondie dont les parois lisses sont si minces et si transparentes, qu'elles laissent apercevoir les granulations voisines. C'est avec une peine extrême qu'on parvient à y découvrir quelques vaisseaux rares et de la plus grande ténuité.

La vésicule et les conduits biliaires ne présentent rien de particulier à noter. Dans les cas où le foie a subi une déformation considérable, il n'est pas rare de voir, à sa surface, des brides qui l'unissent à la paroi abdominale et au diaphragme; c'est dans les intersections que ces brides viennent s'insérer. Enfin, on trouve dans le cœur, les poumons, etc., les traces des diverses maladies complicantes mentionnées plus haut. Mais ce n'est pas ici le lieu de s'en occuper.

En résumé donc, les lésions essentielles de la cirrhose sont : l'hypertrophie de la substance jaune et l'atrophie de la substance rouge. Mais comment se produisent-elles? Je crois devoir examiner rapidement cette question, à cause de son importance. Laënnec pensait qu'il y avait dépôt d'une matière de nouvelle formation. M. Boulland a avancé qu'il y avait une dissociation des éléments du foie; mais ces deux opinions sont aujourd'hui abandonnées. MM. Andral et Cruveilhier se contentent de signaler l'hypertrophie, et M. Becquerel seul cherche à expliquer comment ce développement se produit. Suivant lui, le tissu jaune s'infiltre d'une matière jaunâtre albumino-fibreuse analogue aux pseudo-membranes molles, albumineuses et blanchâtres que l'on rencontre dans les épanchements des membranes séreuses. C'est de cette hypertrophie que résultent la compression et l'atrophie de la substance rouge; plus tard, la matière albumineuse qui infiltre les granulations perd une partie de l'eau qu'elle contenait, se contracte, et la granulation diminue de grosseur, ce qui explique comment, dans les premiers temps, l'organe avait augmenté de volume et avait conservé sa consistance naturelle, ou bien s'était montré un peu ramolli, tandis que plus tard il a perdu de son volume et a acquis une fermeté plus grande.

Dans les observations que j'ai sous les yeux, il est une circonstance qui empêche de regarder cette théorie comme parfaitement démontrée : c'est que les granulations ont toujours paru d'autant plus volumineuses, que la maladie était plus avancée, et l'on doit reprocher à M. Becquerel de n'avoir pas comparé l'étendue des granulations dans ce qu'il appelle le premier degré de la maladie, et dans le deuxième et le troisième degré. Cette négligence ôte à sa manière de voir beaucoup de sa valeur.

Je terminerai en faisant remarquer la compression et l'oblitération des petits vaisseaux composant la substance rouge, ce qui explique d'une part la production

de l'ascite, et de l'autre la dilatation des veines qui rampent sur l'abdomen, car la gêne de la circulation doit être, en pareil cas, très considérable.

§ VI. — Diagnostic.

Le diagnostic a été établi d'une manière précise par M. Becquerel ; aussi ne saurais-je mieux faire que de lui emprunter presque complétement cette partie de la description de la cirrhose.

Cet auteur distingue d'abord la cirrhose de l'*hydropisie enkystée des ovaires*, aux signes suivants : cette dernière maladie, ayant son siége dans les ovaires, ne se développe que chez les femmes ; la tuméfaction du ventre est plus lente, et les parois de cette cavité présentent une forme différente de celle qui est propre à l'ascite. J'ajoute qu'à l'aide de la percussion on limite le kyste, et l'on s'assure qu'il n'existe pas un épanchement dans le péritoine lui-même. C'est, au reste, un point sur lequel je reviendrai plus tard. En outre, on ne trouve ni la coloration particulière de la peau indiquée plus haut, ni la couleur jaune orangé, ni le dépôt briqueté des urines.

La *péritonite chronique* se distingue par les douleurs abdominales spontanées ou à la pression ; par l'absence de la coloration dont j'ai déjà parlé ; par la fièvre hectique et par les signes de tubercules pulmonaires ; car, comme on le sait, la péritonite chronique est due à la présence des granulations tuberculeuses dans la membrane péritonéale.

Cependant il ne faudrait pas donner trop de valeur à ce signe, parce que la péritonite peut exister à un degré très marqué, les granulations tuberculeuses n'étant pas assez abondantes dans le poumon pour donner lieu à des symptômes appréciables. Je dois ajouter que la fluctuation abdominale n'est pas, en pareil cas, aussi caractérisée que lorsqu'il existe une ascite dépendant de la cirrhose, et je ne dois pas oublier de présenter ici la remarque suivante, faite par M. Louis (1) : « On voit, dit cet auteur, survenir dans la péritonite chronique un retrait plus ou moins rapide ou lent de l'épanchement, à la suite duquel le ventre, légèrement et universellement météorisé, laisse apercevoir les circonvolutions de l'intestin distendues par suite de la difficulté avec laquelle les matières qu'il contient en parcourent les sinuosités. » Nous savons que rien de semblable ne s'observe dans la cirrhose, et qu'au contraire l'ascite fait des progrès continuels.

L'*hépatite chronique* a pour caractères un développement notable du foie et une douleur beaucoup plus constante et plus marquée que celle de la cirrhose. En même temps on observe un certain mouvement fébrile, et enfin l'ascite manque : c'est plus qu'il n'en faut pour établir le diagnostic d'une manière précise.

Je donnerai le diagnostic de la cirrhose et du *cancer du foie* dans un des articles suivants.

Reste une affection dont M. Becquerel n'a pas parlé, et qui est cependant importante, c'est l'*ascite due à l'oblitération des grosses veines.* Il est d'autant plus nécessaire d'en tenir compte, que, dans l'affection du foie dont il s'agit ici, on trouve assez souvent, ainsi que je l'ai indiqué plus haut, des veines dilatées rampant dans la paroi abdominale. Je dois donc noter ce fait, me réservant d'y revenir quand je traiterai de l'ascite.

(1) *Rech. sur la phthisie*, 2e édit., p. 295.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de l'hydropisie enkystée des ovaires et de la cirrhose.*

CIRRHOSE.	HYDROPISIE ENKYSTÉE DES OVAIRES.
Plus fréquente chez les hommes que chez les femmes.	N'attaque nécessairement *que les femmes*
Coloration particulière de la peau.	*Pas de coloration particulière* de la peau
Urines d'un *jaune rougeâtre*, avec sédiment briqueté.	Urines *naturelles*.
Tuméfaction *plus rapide* du ventre.	Tuméfaction *plus lente* de l'abdomen.
Abdomen *uniformément développé*.	Forme particulière du ventre; *ovaires développés, limités par la percussion*.

2° *Signes distinctifs de la péritonite chronique et de la cirrhose.*

CIRRHOSE.	PÉRITONITE CHRONIQUE.
Coloration particulière de la peau.	*Pas de coloration particulière.*
Fièvre *peu notable ou nulle*, à moins de complications.	*Fièvre hectique.*
Douleurs de ventre *nulles*.	*Ventre douloureux* spontanément et à la pression.
Pas de signes de tubercules, à moins de complications.	*Signes de tubercules* pulmonaires (signe douteux).
L'ascite fait des progrès *continuels*.	*Retrait de l'épanchement*; météorisme; *les circonvolutions de l'intestin deviennent ensuite visibles*.

3° *Signes distinctifs de l'hépatite chronique et de la cirrhose.*

CIRRHOSE.	HÉPATITE CHRONIQUE.
Foie *ne déborde pas* les côtes, excepté dans des cas exceptionnels.	Foie déborde notablement les côtes.
Douleur *nulle* ou très légère.	*Douleur ou gêne plus constante et plus* marquée.
Fièvre *nulle* ou très légère.	*Mouvement fébrile* plus constant et *plus* marqué.
Ascite.	*Pas* d'ascite.

Pronostic. Il est presque inutile de parler du pronostic, puisque nous avons vu plus haut que la terminaison de la maladie a été constamment fatale dans les cas bien déterminés. Peut-être plus tard, le diagnostic faisant de nouveaux progrès, arrivera-t-on à quelque autre conclusion ; mais c'est là ce qui résulte des faits aujourd'hui connus. Tout ce que je dois dire ici, c'est que la gravité des complications et la rapidité avec laquelle se reproduit l'ascite après la ponction sont des signes pronostiques dont il faut tenir compte.

§ VII. — Traitement.

De quelque manière qu'on ait étudié le traitement, on a été forcé de reconnaître qu'aucun des moyens employés n'avait réussi à arrêter la marche de la maladie. Il résulte même des observations que les principaux symptômes n'ont subi aucun amendement sous l'influence des médications mises en usage. Ce que nous avons à faire ici, c'est donc de mentionner les remèdes prescrits pour remplir les indications que chacun a cru trouver dans les phénomènes morbides.

On a appliqué des *sangsues* à l'anus et sur la région du foie; on a couvert cette partie de *vésicatoires*, on y a placé des *cautères*. Les *diurétiques*, tels que le

sirop de pointes d'asperges, la *digitale*, le *nitrate de potasse*, etc., ont été prescrits sans diminuer en rien l'hydropisie. Il en a été de même des *purgatifs répétés*, qui ont l'inconvénient d'affaiblir le malade. On a rarement donné les divers médicaments désignés sous les noms de *désobstruants* et de *fondants ;* cependant c'est à eux que le praticien devra principalement recourir; mais je ne crois pas devoir les indiquer, parce qu'on les trouvera exposés à l'article *Hépatite chronique* (*voy.* p. 157 et suiv.).

Lorsque la tuméfaction du ventre est considérable et que la respiration est gênée, on pratique la *paracentèse*, sur laquelle j'insisterai à l'article *Ascite ;* mais l'épanchement péritonéal ne tarde pas à reparaître, et l'on est obligé de recourir plusieurs fois à cette opération, sans autre profit qu'un soulagement passager. Chez un sujet observé par M. Cossy, une hernie inguinale était chassée invinciblement au dehors dès que le péritoine s'emplissait. Dans les cas de ce genre, on doit pratiquer la ponction plus tôt que dans les autres, pour prévenir l'engouement intestinal. Il serait inutile d'insister davantage sur ce traitement, qui exige des recherches nouvelles.

ARTICLE IX.

ÉTAT GRAS; EMPHYSÈME; CONCRÉTIONS BILIAIRES; MASSES ADIPOCIREUSES; TISSU ÉRECTILE; MASSES MÉLANIQUES DU FOIE.

Avant d'aborder l'histoire du cancer du foie, je dirai un mot de quelques altérations sur lesquelles je glisserai très rapidement, parce qu'elles n'ont point d'importance pratique. Je commencerai par l'*état gras* du foie, qui se rencontre particulièrement, comme on le sait, dans les cas de tubercules, et que quelquefois aussi, quoique bien rarement, on trouve dans des circonstances différentes. M. Louis n'a trouvé cette altération que quatre fois chez des sujets non tuberculeux, et M. Cossy en a recueilli deux exemples à l'hôpital Beaujon chez deux femmes, l'une morte en couches, et l'autre à la suite d'une perforation de l'utérus et de la vessie, résultant d'un cancer de la matrice.

1° La *transformation graisseuse du foie* ne donne pas lieu à des symptômes particuliers, et, ainsi que l'a remarqué M. Louis, elle se manifeste avec conservation du volume et conservation de la forme de l'organe. Elle n'a jamais occasionné la mort par elle-même, et l'on ne sait rien sur son traitement. C'est donc assez nous en occuper; et il suffit de renvoyer, pour plus de détails, aux *Recherches* de M. Louis (1).

2° L'*emphysème du foie* n'a pas d'intérêt plus grand pour le praticien, quoiqu'il ne paraisse pas douteux, d'après les observations de M. Louis, et d'après deux cas recueillis par M. Cossy, que cette lésion peut se produire pendant la vie. On trouve, en pareil cas, le foie, léger, surnageant comme le poumon, quand on le met dans l'eau, et formé de vacuoles dont la plupart son pleines d'air. Dans un des cas observés par M. Cossy, et qui eut lieu chez un sujet empoisonné par l'acide nitrique, il y eut un *ictère*, symptôme qui parut en rapport avec la lésion de la glande hépatique.

(1) *Rech. sur la phthisie*, 2e édit.; Paris, 1843, chap. *Appareil biliaire*, p. 116.

3° Les *concrétions biliaires* ou d'une autre nature, comme M. Mérat en a cité des exemples ; les *amas de substance adipocireuse* ; la formation d'un *tissu érectile* dans le foie ; le développement de la *substance mélanique*, sont encore des lésions qu'il suffit d'indiquer dans un ouvrage de la nature de celui-ci. Elles n'ont, en effet, été étudiées que sous le point de vue de l'anatomie pathologique, et c'est en vain que l'on voudrait tracer d'une manière précise la description des symptômes auxquels elles peuvent donner lieu.

ARTICLE X.

CANCER DU FOIE.

Cette affection, dit J. Frank (1), n'était point inconnue à l'antiquité ; mais on en reléguait la description dans le traité de l'hépatite ou de l'ictère. Nous devons ajouter qu'avant les travaux de Schilling (2), de Fréd. Hoffmann (3), d'Alberti, et surtout avant les recherches plus récentes de Bayle (4), et de MM. Andral et Cruveilhier (5), le carcinome du foie constituait une des nombreuses affections chroniques décrites d'une manière générale sous les noms d'*engorgements*, d'*obstructions*, etc. C'est donc aux travaux modernes que j'aurai recours ; mais je ne m'en tiendrai pas là, et je réunis un certain nombre d'observations qui me paraissent propres à éclairer quelques unes des questions qui pourraient paraître encore douteuses, malgré les travaux de ces auteurs.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

Il semble inutile de définir le cancer du foie, l'affection cancéreuse étant le résultat d'une production toute particulière. Mais quelques auteurs, et en particulier J. Frank, ayant voulu qu'on désignât sous le nom de *cancer* ou de *maladies carcinomateuses* les dégénérescences les plus variées, il importe de dire que nous n'entendons décrire sous ce titre que les dégénérescences squirrheuses et encéphaloïdes. D'après quelques observateurs, il faudrait traiter à part de ces deux espèces de productions morbides, le squirrhe étant, suivant eux, tout à fait différent du cancer cérébriforme ; mais en admettant même que les anatomo-pathologistes, qui prétendent que le squirrhe ne peut pas, en se ramollissant, se transformer en matière encéphaloïde, aient démontré l'exactitude de leur proposition mieux qu'ils ne l'ont fait, nous ne pourrions pas adopter cette division, parce qu'il est positif que, sous le rapport des symptômes, de la marche de la maladie et de sa terminaison constamment funeste, on n'a rien indiqué de propre à l'une de ces deux dégénérescences.

Le cancer du foie a été encore désigné sous les noms de *carcinome*, d'*affection carcinomateuse du foie*, de *squirrhe*, de *fongus*.

On a dit que le cancer du foie était l'affection la plus fréquente de cet organe. En admettant que l'*ictère simple* ne soit pas une affection du foie, et en mettant

(1) *Prax. med.*, pars. III, vol. II, sect. 2, *De morb. carcin. hepat.*, cap. VIII.
(2) *Dissert. de hep. scirrho* ; Lipsiæ, 1610.
(3) *Diss. de scirrho hepat.* ; Halæ, 1722.
(4) *Des malad. cancér.* ; Paris, 1811.
(5) *Anat. pathol.*

de côté l'*état gras* de cet organe qui se montre bien plus souvent, on pourrait peut-être soutenir cette proposition; mais il y aurait encore, à cet égard, une distinction importante à faire. Il est, en effet, infiniment rare que le foie soit primitivement affecté de cancer; il ne l'est, dans la très grande majorité des cas, que consécutivement au développement d'une autre affection carcinomateuse ayant son siége dans un autre organe, et généralement dans l'estomac. C'est ce dont on peut s'assurer en lisant les observations publiées, et entre autres celles de M. Andral. « Sur cinquante-cinq cas de cancer que j'ai réunis, dit M. Louis (1), il en est dix dans lesquels on a trouvé des tumeurs de cette nature dans le foie ou à sa surface. Dans tous ces cas, il y avait une altération cancéreuse dans d'autres organes, et ordinairement dans l'estomac (six fois sur dix); et ce qu'il y avait de remarquable, c'est que le cancer était manifestement plus avancé dans ce dernier organe que dans le foie. Si donc le cancer se développe quelquefois primitivement dans la glande hépatique, c'est un fait rare et qui est contraire à la règle générale. » J'ai cru devoir insister sur ce point, parce qu'il est important, comme on le verra plus tard, pour le diagnostic.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Nous n'avons, comme on a pu très bien le prévoir, que des indications extrêmement vagues sur l'étiologie du cancer du foie. Bornons-nous donc à mentionner les principales circonstances énoncées par les auteurs, sans y attacher une très grande importance.

D'après un relevé fait par M. Heyfelder (2), c'est de *quarante à soixante-dix ans* que la maladie se montrerait le plus fréquemment; mais les chiffres ne sont pas suffisants pour indiquer ces limites d'une manière précise. Contentons-nous de remarquer que, comme pour les autres cancers, celui du *foie* attaque les individus avancés en âge.

Nous sommes un peu mieux fixés sur l'influence du *sexe*. Sur *trente-sept cas*, M. Heyfelder a trouvé vingt-quatre hommes et treize femmes, et il s'étonne de ce résultat, parce que, dit-il, le cancer attaque plus souvent les femmes que les hommes. Mais en réalité ce résultat n'a rien qui doive surprendre; il confirme au contraire des faits bien connus, et entre dans la règle générale. Si le cancer est plus fréquent chez la femme, c'est parce que cette affection atteint l'utérus dans une très grande proportion des cas; mais on n'en peut rien conclure relativement aux autres cancers. Si nous nous rappelons, en effet, ce qui a été dit à ce sujet, sur le cancer de l'estomac (3), nous remarquerons que les hommes y sont notablement plus exposés que les femmes, et c'est là ce qui nous explique la plus grande fréquence chez eux du cancer du foie, puisque, comme nous l'avons déjà dit, l'affection cancéreuse de ce dernier organe est, dans le plus grand nombre des cas, une conséquence du développement de la même maladie dans le premier.

Relativement aux *conditions hygiéniques*, à la *constitution*, et aux *autres cir-*

(1) *Notes inédites sur le cancer.*
(2) *Studien im. Geb. der Heilw.*; Stuttgardt, 1838, t. Ier.
(3) *Voy.* t. II, p. 576.

constances regardées comme prédisposantes, telles que les *chagrins prolongés*, etc., je me borne à renvoyer à ce qui a été dit à propos du cancer de l'estomac.

2° Causes occasionnelles.

Je ne crois pas devoir entrer dans de grands détails relativement aux causes occasionnelles. Qu'il me suffise de dire qu'on a cité, comme pouvant produire le cancer, les *violences externes* sur l'hypochondre droit, les *fièvres intermittentes* (1), les *pertes de sang* très-abondantes (2), la *suppression des divers exutoires*, etc., etc. Aucune de ces assertions n'est fondée sur des observations concluantes. Les *écarts de régime*, et en particulier l'*abus des boissons alcooliques*, ont aussi pris place dans cette étiologie, et les Anglais, dit J. Frank (3), appellent le squirrhe du foie, *wiskey liver ;* mais toutes ces assertions sont sans importance. Il en est de même de l'opinion qui regarde comme possible la dégénérescence d'une *simple inflammation* en cancer ; c'est un point sur lequel j'ai eu l'occasion de me prononcer plusieurs fois, et sur lequel il serait par conséquent inutile de revenir ici.

§ III. — Symptômes.

De cette circonstance que le cancer du foie est très rarement primitif, et qu'il existe presque toujours une affection de l'estomac de même nature, il résulte que les symptômes qui lui sont propres sont très difficiles à démêler.

Début. On a dit que le cancer du foie débutait ordinairement par des troubles marqués du côté du tube digestif, tels que la perte de l'appétit, ou un appétit bizarre, des éructations gazeuses, des digestions laborieuses, etc. Mais il est évident que ces symptômes appartiennent non à l'affection du foie, mais à la maladie concomitante de l'estomac ; et ce qui le prouve, c'est que, dans le cas où le tube digestif était sain, comme on en voit un exemple dans le premier cas cité par M. Andral (4), les fonctions de l'estomac peuvent rester intactes jusqu'à une époque très avancée de la maladie. Un fait dont j'ai entendu récemment lire les détails à la *Société d'observation* vient confirmer cette proposition, dont la vérité n'a pas frappé les auteurs. Chez un sujet qui a présenté après la mort un nombre considérable de masses cancéreuses dans le foie, le canal intestinal et l'estomac n'offrant rien de semblable, les fonctions digestives sont restées intactes jusqu'à une époque voisine de la mort.

Il résulte de l'examen des faits que j'ai rassemblés, que le cancer du foie, dans les cas rares où il est simple et primitif, débute d'une manière latente, et peut avoir fait de très grands progrès avant que son existence ait été manifestée par aucun signe, si ce n'est parfois une gêne plus ou moins marquée dans l'hypochondre droit. Il peut même arriver que ce *début latent* ait lieu dans des cas où le cancer du foie et le cancer de l'estomac sont réunis ; j'en ai sous les yeux un exemple recueilli par M. Cossy, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Louis.

A une époque très variable de la maladie, il survient, dans un certain nombre de cas, mais non dans tous, de la *douleur* dans l'hypochondre droit. Cette douleur

(1) VAN-SWIETEN.
(2) HALLER, *Prelim. physiol. stud.*
(3) *Prax. med.*, *De morb. carcin. hepat.*; Lipsiæ 1843.
(4) *Clin. méd.*, t. II, obs. XXXII°.

est très variable quant à sa forme : c'est tantôt une douleur contusive ; tantôt et plus fréquemment une douleur lancinante, qui, partant de l'hypochondre droit, s'irradie en divers sens ; tantôt enfin des pincements violents, etc. Les mouvements augmentent parfois cette douleur d'une manière très notable, et la *pression* l'exaspère constamment. Chez quelques sujets, au contraire, il n'existe aucune espèce de douleur, soit spontanément, soit à la pression, à aucune époque de la maladie. Il faut dire cependant que les cas de ce genre sont rares, quoiqu'il soit impossible de préciser la proportion des cas dans lesquels l'affection est ainsi indolente. Il est très difficile de dire si la douleur appartient au développement du cancer lui-même, ou au développement de la *péritonite partielle* qui se produit fréquemment au niveau des tumeurs cancéreuses ; l'attention des observateurs n'a pas, en effet, été attirée sur ce point, et les complications signalées plus haut rendent ces recherches difficiles. Il est probable que ces deux sortes de lésions contribuent chacune pour leur part à la production de la douleur.

Les signes les plus importants sont évidemment ceux qui résultent de l'*augmentation du volume de l'organe*. Il est bien rare, en effet, quoique MM. Cruveilhier et Andral en aient rapporté des exemples, que le foie n'ait pas acquis des dimensions considérables. Presque toujours on sent, à l'aide de la *palpation*, le bord inférieur du foie qui dépasse les fausses côtes dans toute son étendue ou dans quelques points, et qui offre sous la pression une *résistance* marquée. Il n'est pas rare de voir l'organe dépasser, en bas, l'ombilic, et même se porter jusqu'auprès de l'os des iles.

Des masses cancéreuses étant, dans presque tous les cas, ainsi que nous le verrons plus tard, disséminées sur la surface du foie, on sent des *tumeurs* plus ou moins dures, résistantes, quelquefois douloureuses, et quelquefois bosselées. Parfois il n'existe qu'une seule tumeur ; dans un cas dont j'ai l'observation sous les yeux, cette tumeur occupait l'épigastre, et comme il y avait en même temps un cancer de l'estomac, c'était à cette dernière maladie qu'on avait rapporté son existence. Dans quelques cas, soit parce que les tumeurs ne sont pas superficielles, soit parce que, comme l'a remarqué M. Heyfelder, le cancer s'est emparé de toute la substance du foie, cet organe *conserve sa forme*, et son bord inférieur, dépassant les côtes, n'offre rien de remarquable qu'une dureté qui même n'existe pas toujours.

On peut en même temps, à l'aide de la *percussion*, non seulement s'assurer que c'est bien le foie qui forme la tumeur abdominale, mais encore reconnaître son développement du côté de la poitrine, car on a vu parfois cet organe s'élever jusqu'au mamelon et bien au-dessus.

L'*ictère* est loin d'être un symptôme constant du cancer du foie. Dans vingt-cinq cas que j'ai réunis, il ne s'est montré que six fois. Faut-il, avec MM. Heyfelder et Cruveilhier, admettre que ce symptôme a lieu toutes les fois qu'il y a compression des canaux biliaires, et seulement dans cette circonstance ? Les observations XXXV, XXXVII et XXXVIII de M. Andral font voir qu'il n'est pas nécessaire que cette oblitération ait lieu pour que l'ictère se produise. Mais je n'ai pas trouvé d'exemple qui prouve que l'ictère peut manquer, comme le disent les auteurs du *Compendium* (1), lorsque la compression existe. C'est, au reste, un point sur

(1) Article *Maladies du foie*, t. IV, p. 89.

lequel de nouvelles recherches sont indispensables. Ce symptôme se montre à une époque très variable de la maladie.

On n'est pas non plus complétement fixé sur la fréquence de l'*ascite* dans le cancer du foie. Suivant la plupart des auteurs, l'hydropisie du péritoine est assez fréquente. Dans quinze observations que j'ai réunies, je trouve que l'ascite ne s'est montrée que cinq fois; mais il serait nécessaire d'avoir des chiffres plus considérables. Il serait également à désirer que des recherches exactes nous apprissent quelles sont les conditions dans lesquelles se produit l'ascite. En examinant le petit nombre de cas que je viens d'indiquer, je vois que l'hydropisie du péritoine a coïncidé soit avec la présence de tumeurs volumineuses autour des gros vaisseaux abdominaux, qui étaient comprimés, soit avec une dégénérescence de la presque totalité de l'organe. Doit-on voir dans ces deux conditions les causes organiques de la production de l'ascite? C'est ce qui demande à être vérifié. L'ascite, du reste, ne présente rien de remarquable, si ce n'est sa permanence, une fois qu'elle est produite. Cependant ce n'est pas là une règle sans exception, car MM. Monneret et Fleury (1) ont cité un cas dans lequel un épanchement de sérosité dans le péritoine, dû à un cancer, se dissipa complétement, pour se reproduire quinze mois plus tard. Il reste aussi à rechercher quelle est, dans la production de l'ascite, l'influence des complications diverses qui existent fréquemment dans l'affection dont il s'agit ici. C'est un travail qu'il faut signaler aux observateurs.

Tels sont les symptômes essentiels du cancer du foie, ceux qu'il importe principalement de connaître. Quant aux autres, que nous allons énumérer, il faudrait des recherches faites plus méthodiquement pour en bien fixer la valeur.

Nous trouvons d'abord les *troubles des fonctions digestives*: les digestions sont pénibles, longues, difficiles; l'appétit devient capricieux, à une époque plus ou moins avancée; la *soif* n'est généralement pas augmentée, si ce n'est dans les derniers temps, lorsque la mort est prochaine, ou lorsque de nouvelles lésions sont venues se joindre à la lésion principale. Du côté du ventre, on note des symptômes d'*entéralgie*. La *constipation* est le symptôme le plus fréquent dans la plus grande partie du cours de la maladie. S'il existe un ictère, les matières sont plus ou moins décolorées. A une époque très avancée, on observe quelquefois, mais non constamment, des *alternatives de diarrhée et de constipation*, et dans les derniers temps une *diarrhée continuelle*, avec des selles involontaires. Je dois ajouter d'une manière générale, relativement à ces symptômes, que la fréquence du cancer de l'estomac, dans les cas observés, rend leur valeur beaucoup moins grande, et qu'on doit admettre que le plus souvent ils sont sous l'influence de l'affection gastrique. Dans un cas dont j'ai eu récemment connaissance, il y eut, à la fin de la maladie, une *hématémèse* abondante qui se produisit par simple exhalation, et qui était due sans doute à une altération du sang.

Dans les cas où il existe un ictère, les *urines* présentent les caractères propres à cet état. Dans le cas contraire, elles n'offrent rien de remarquable.

Du côté de la *respiration*, on observe, à une époque assez avancée seulement, une gêne plus ou moins grande, de l'*essoufflement* quand les malades montent un escalier, de l'*oppression*; ces phénomènes sont principalement en rapport avec

(1) *Compendium*, loc. cit.

l'augmentation plus ou moins considérable du volume du foie, et aussi avec l'intensité de la douleur et l'abondance de l'épanchement dans le péritoine.

Le *pouls*, comme dans toutes les maladies cancéreuses, reste naturel, ou même est ralenti pendant la plus grande partie du cours de la maladie. S'il devient accéléré, étroit, faible, c'est que l'affection touche à sa fin, ou bien qu'il survient une complication. La *chaleur* est ordinairement diminuée; l'existence d'une complication peut l'élever un peu au-dessus de l'état normal.

Dans les cas où il n'existe pas d'ictère, la *face* est généralement pâle, ou bien présente la coloration légèrement jaunâtre qui se montre dans les diverses affections cancéreuses. On a signalé, dans un certain nombre de cas, l'existence de taches rougeâtres, brunâtres, ou d'une couleur fauve, auxquelles on a donné le nom de *taches hépatiques*; mais nous ne sommes pas suffisamment fixés sur la valeur de ce symptôme. Dans le cas que je viens de citer, il apparut sur les diverses parties du corps, à une époque avancée, de larges *ecchymoses* qui prouvaient encore l'existence d'une altération du sang.

L'*amaigrissement*, qui dans les premiers temps de la maladie est peu sensible, fait ensuite des progrès plus ou moins rapides, suivant que l'affection marche plus ou moins vite, et les malades finissent par tomber dans le *marasme*, à moins qu'une affection complicante ne vienne hâter la mort.

Je dois le répéter ici en terminant cet exposé des symptômes, rien ne serait plus nécessaire que d'avoir une description fondée sur des faits nombreux et détaillés, et dans lesquels on pourrait séparer complétement ce qui appartient au cancer du foie de ce qui est le résultat des autres affections concomitantes, et principalement du *cancer de l'estomac*.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison de la maladie.

Comme toutes les affections chroniques, le cancer du foie peut présenter des améliorations de plus ou moins longue durée; mais, en somme, on voit toujours que l'affection ne cesse pas de faire des progrès. Il arrive, au bout d'un temps très variable, un moment où ces progrès, très lents d'abord, deviennent très rapides : c'est ce qu'on a appelé *période de ramollissement*, par opposition à la première période, qu'on a désignée sous le nom de *période de crudité*.

La *durée* est généralement longue. D'après les auteurs du *Compendium*, qui se sont fondés sur les faits cités par M. Andral, elle serait comprise entre seize mois et quinze jours. On peut admettre la première limite comme probable, quoique les faits soient peu nombreux. Quant à la seconde, il est difficile de la regarder même comme probable. Je n'ai, en effet, trouvé qu'une seule observation de M. Andral où la mort soit survenue très rapidement, c'est la XXXIIIe du tome II; mais, comme le fait très bien remarquer cet auteur lui-même, « il est possible que les tumeurs du foie et de l'épiploon gastro-hépatique existassent chez le sujet depuis plusieurs années. » Le fait prouve seulement qu'un cancer du foie, latent pendant longtemps, peut marcher ensuite avec une rapidité extrême : c'est, au reste, ce qu'on trouve dans les affections cancéreuses des autres organes.

La *terminaison* est constamment mortelle. Rarement la mort est causée par les seuls progrès du cancer du foie. D'une part, en effet, nous avons vu qu'il existe

très fréquemment d'autres affections cancéreuses primitives qui sont les principales causes de la mort, et de l'autre nous voyons, dans un bon nombre d'observations, que l'inflammation du péritoine, des poumons, de la plèvre et de l'intestin, est une cause fréquente de la terminaison fatale.

§ V. — Lésions anatomiques.

Il serait sans doute à désirer qu'on pût, à l'aide de faits très détaillés, s'assurer si le squirrhe et le cancer encéphaloïde du foie doivent être complétement distingués, ou bien si ces deux altérations peuvent être regardées comme ayant une même origine. Il serait bon, en un mot, de pouvoir faire le travail que j'ai entrepris à l'occasion du cancer de l'estomac; mais les renseignements ne sont pas suffisants : c'est un point à signaler à l'attention des observateurs. Bornons-nous donc à indiquer rapidement l'état dans lequel se montre l'organe altéré.

On trouve une augmentation de volume souvent très considérable, puisqu'on a vu le foie peser 10 kilogrammes. Quelquefois cependant on a noté la persistance du volume normal, et quelquefois aussi une diminution notable, ce qui est beaucoup plus rare. Le plus souvent on trouve des masses ordinairement blanchâtres, quelquefois offrant des nuances qui varient du jaune rougeâtre au brun; arrondies, dures, occupant différents points de l'organe, mais principalement la superficie, et en particulier la face convexe; d'une grosseur très diverse, puisqu'elles peuvent n'égaler que le volume d'une noisette ou bien présenter celui d'une tête d'enfant. Il est très rare qu'on ne rencontre qu'une seule de ces masses. Celles qui siégent à la surface, et qui font saillie sous le péritoine, présentent ordinairement une dépression centrale, avec des rides convergentes.

La consistance de ces masses cancéreuses est très variable : tantôt fermes, résistantes à la coupe, et criant sous le scalpel, tantôt, au contraire, molles, diffluentes, ou présentant seulement la consistance du cerveau d'un enfant nouveau-né, elles sont désignées, dans ces divers états, sous les noms de *squirrhe* ou d'*encéphaloïde*. L'encéphaloïde a en outre pour caractère de présenter un certain nombre de ramifications vasculaires plus ou moins nombreuses, suivant le point où on les examine, ce qui constitue dans la masse cancéreuse des marbrures rougeâtres. Quelques auteurs ont dit également que des vaisseaux pouvaient se rencontrer dans le tissu désigné sous le nom de *squirrheux;* mais toujours est-il que la vascularisation de ce tissu est très peu marquée. Un autre caractère du squirrhe, c'est de fournir par la pression un liquide lactescent auquel on a donné le nom de liquide cancéreux. Mais je ne dois pas trop insister sur ces détails, qui rentrent dans l'anatomie pathologique du cancer en général.

De la présence de ces masses cancéreuses résulte une déformation plus ou moins considérable du foie, qui est souvent bosselé à l'extérieur, et qui, à l'intérieur, présente de larges taches blanches, grisâtres, rougeâtres, tranchant sur le fond jaune verdâtre du foie, de manière à lui donner l'aspect de certains marbres. C'est, ainsi que l'ont remarqué la plupart des auteurs, d'une manière brusque que le tissu du foie prend l'aspect cancéreux. Cependant il n'est pas rare de voir les parties environnantes congestionnées et moins consistantes que dans l'état normal.

Enfin, on peut observer une dégénérescence totale du foie; c'est ce qui a été

constaté dans un cas par M. Heyfelder. On ne trouve alors ni bosselures, ni taches, ni rien de ce qui constitue le cancer par masses disséminées; mais cet organe augmenté de volume est plus dur, et conserve sa forme, si ce n'est que ses dépressions et ses sillons naturels disparaissent. Les cas de ce genre sont extrêmement rares.

Je passerai sous silence, pour le moment, l'état de la vésicule du fiel et des canaux biliaires, parce que j'aurai à en dire quelques mots dans un des articles suivants.

Quant aux diverses opinions émises sur le tissu primitivement affecté, je ne crois pas devoir m'en occuper, parce qu'elles ne reposent pas sur des observations directes.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Diagnostic. Si l'on parcourt les divers articles généraux présentés par les auteurs, on voit combien le diagnostic du cancer du foie a besoin d'être éclairé par l'observation. Presque tous, en effet, reconnaissent que, dans le plus grand nombre des cas, il est impossible de distinguer cette affection de l'*hypertrophie simple* et de l'*hépatite chronique*. Il est certain même que lorsque les *tumeurs enkystées*, les *hydatides*, ne sont pas assez superficielles pour présenter la fluctuation, l'observateur se trouve nécessairement dans la plus grande incertitude. Tout ce que je peux faire ici, c'est d'exposer les signes à l'aide desquels on peut déterminer l'existence du cancer dans les cas les plus favorables au diagnostic.

S'il existe dans l'hypochondre droit une gêne ou une douleur plus ou moins vive et durant depuis longtemps, si le foie est développé, s'il présente à sa surface des tumeurs disséminées, résistantes et d'une dureté plus ou moins grande, si en même temps il y a un dépérissement marqué, avec cette coloration jaune-paille qu'on observe dans les affections cancéreuses, on devra regarder comme très probable l'existence du cancer du foie; et si l'on peut s'assurer qu'il existe une affection cancéreuse de l'estomac, on ne devra plus concevoir de doutes. Nous verrons, dans les articles suivants, s'il est possible de distinguer le cancer du foie proprement dit du *cancer de la vésicule biliaire.* Je n'insite pas davantage sur ce diagnostic, pour les raisons indiquées plus haut.

Le *pronostic* est, comme on l'a vu précédemment, aussi grave que possible. Ce qu'il importe de dire ici, c'est que lorsque les digestions s'altèrent, que l'ascite se déclare, et qu'il survient une complication du côté des poumons ou de la plèvre, la marche de la maladie est ordinairement très accélérée, et le pronostic devient par conséquent beaucoup plus fâcheux.

§ VII. — Traitement.

Le traitement, dans l'état actuel de la science, ne peut évidemment être que *palliatif.* Ce n'est pas qu'un certain nombre de médecins n'aient prétendu qu'on peut guérir le cancer du foie comme les autres cancers; mais les faits ont toujours donné un démenti formel à ces assertions.

Le traitement du cancer du foie consiste principalement dans l'emploi des *fondants* et des *désobstruants*, déjà indiqués à l'occasion de l'hépatite chronique, et sur lesquels il serait oiseux de revenir ici (*voy.* p. 157).

Quelques médecins ont recommandé les *applications fréquentes de sangsues.*

très fréquemment d'autres affections cancéreuses primitives qui sont les principales causes de la mort, et de l'autre nous voyons, dans un bon nombre d'observations, que l'inflammation du péritoine, des poumons, de la plèvre et de l'intestin, est une cause fréquente de la terminaison fatale.

§ V. — Lésions anatomiques.

Il serait sans doute à désirer qu'on pût, à l'aide de faits très détaillés, s'assurer si le squirrhe et le cancer encéphaloïde du foie doivent être complétement distingués, ou bien si ces deux altérations peuvent être regardées comme ayant une même origine. Il serait bon, en un mot, de pouvoir faire le travail que j'ai entrepris à l'occasion du cancer de l'estomac; mais les renseignements ne sont pas suffisants : c'est un point à signaler à l'attention des observateurs. Bornons-nous donc à indiquer rapidement l'état dans lequel se montre l'organe altéré.

On trouve une augmentation de volume souvent très considérable, puisqu'on a vu le foie peser 10 kilogrammes. Quelquefois cependant on a noté la persistance du volume normal, et quelquefois aussi une diminution notable, ce qui est beaucoup plus rare. Le plus souvent on trouve des masses ordinairement blanchâtres, quelquefois offrant des nuances qui varient du jaune rougeâtre au brun; arrondies, dures, occupant différents points de l'organe, mais principalement la superficie, et en particulier la face convexe; d'une grosseur très diverse, puisqu'elles peuvent n'égaler que le volume d'une noisette ou bien présenter celui d'une tête d'enfant. Il est très rare qu'on ne rencontre qu'une seule de ces masses. Celles qui siégent à la surface, et qui font saillie sous le péritoine, présentent ordinairement une dépression centrale, avec des rides convergentes.

La consistance de ces masses cancéreuses est très variable : tantôt fermes, résistantes à la coupe, et criant sous le scalpel, tantôt, au contraire, molles, diffluentes, ou présentant seulement la consistance du cerveau d'un enfant nouveau-né, elles sont désignées, dans ces divers états, sous les noms de *squirrhe* ou d'*encéphaloïde*. L'encéphaloïde a en outre pour caractère de présenter un certain nombre de ramifications vasculaires plus ou moins nombreuses, suivant le point où on les examine, ce qui constitue dans la masse cancéreuse des marbrures rougeâtres. Quelques auteurs ont dit également que des vaisseaux pouvaient se rencontrer dans le tissu désigné sous le nom de *squirrheux;* mais toujours est-il que la vascularisation de ce tissu est très peu marquée. Un autre caractère du squirrhe, c'est de fournir par la pression un liquide lactescent auquel on a donné le nom de liquide cancéreux. Mais je ne dois pas trop insister sur ces détails, qui rentrent dans l'anatomie pathologique du cancer en général.

De la présence de ces masses cancéreuses résulte une déformation plus ou moins considérable du foie, qui est souvent bosselé à l'extérieur, et qui, à l'intérieur, présente de larges taches blanches, grisâtres, rougeâtres, tranchant sur le fond jaune verdâtre du foie, de manière à lui donner l'aspect de certains marbres. C'est, ainsi que l'ont remarqué la plupart des auteurs, d'une manière brusque que le tissu du foie prend l'aspect cancéreux. Cependant il n'est pas rare de voir les parties environnantes congestionnées et moins consistantes que dans l'état normal.

Enfin, on peut observer une dégénérescence totale du foie; c'est ce qui a été

constaté dans un cas par M. Heyfelder. On ne trouve alors ni bosselures, ni taches, ni rien de ce qui constitue le cancer par masses disséminées; mais cet organe augmenté de volume est plus dur, et conserve sa forme, si ce n'est que ses dépressions et ses sillons naturels disparaissent. Les cas de ce genre sont extrêmement rares.

Je passerai sous silence, pour le moment, l'état de la vésicule du fiel et des canaux biliaires, parce que j'aurai à en dire quelques mots dans un des articles suivants.

Quant aux diverses opinions émises sur le tissu primitivement affecté, je ne crois pas devoir m'en occuper, parce qu'elles ne reposent pas sur des observations directes.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Diagnostic. Si l'on parcourt les divers articles généraux présentés par les auteurs, on voit combien le diagnostic du cancer du foie a besoin d'être éclairé par l'observation. Presque tous, en effet, reconnaissent que, dans le plus grand nombre des cas, il est impossible de distinguer cette affection de l'*hypertrophie simple* et de l'*hépatite chronique*. Il est certain même que lorsque les *tumeurs enkystées*, les *hydatides*, ne sont pas assez superficielles pour présenter la fluctuation, l'observateur se trouve nécessairement dans la plus grande incertitude. Tout ce que je peux faire ici, c'est d'exposer les signes à l'aide desquels on peut déterminer l'existence du cancer dans les cas les plus favorables au diagnostic.

S'il existe dans l'hypochondre droit une gêne ou une douleur plus ou moins vive et durant depuis longtemps, si le foie est développé, s'il présente à sa surface des tumeurs disséminées, résistantes et d'une dureté plus ou moins grande, si en même temps il y a un dépérissement marqué, avec cette coloration jaune-paille qu'on observe dans les affections cancéreuses, on devra regarder comme très probable l'existence du cancer du foie; et si l'on peut s'assurer qu'il existe une affection cancéreuse de l'estomac, on ne devra plus concevoir de doutes. Nous verrons, dans les articles suivants, s'il est possible de distinguer le cancer du foie proprement dit du *cancer de la vésicule biliaire*. Je n'insite pas davantage sur ce diagnostic, pour les raisons indiquées plus haut.

Le *pronostic* est, comme on l'a vu précédemment, aussi grave que possible. Ce qu'il importe de dire ici, c'est que lorsque les digestions s'altèrent, que l'ascite se déclare, et qu'il survient une complication du côté des poumons ou de la plèvre, la marche de la maladie est ordinairement très accélérée, et le pronostic devient par conséquent beaucoup plus fâcheux.

§ VII. — Traitement.

Le traitement, dans l'état actuel de la science, ne peut évidemment être que *palliatif*. Ce n'est pas qu'un certain nombre de médecins n'aient prétendu qu'on peut guérir le cancer du foie comme les autres cancers; mais les faits ont toujours donné un démenti formel à ces assertions.

Le traitement du cancer du foie consiste principalement dans l'emploi des *fondants* et des *désobstruants*, déjà indiqués à l'occasion de l'hépatite chronique, et sur lesquels il serait oiseux de revenir ici (*voy.* p. 157).

Quelques médecins ont recommandé les *applications fréquentes de sangsues*.

Ces applications ne sont pas sans utilité, mais c'est lorsque des péritonites partielles sont produites et causent de vives douleurs. Les douleurs lancinantes peuvent également être combattues par l'application de *vésicatoires volants;* c'est dans ce but seulement qu'il est bon d'avoir recours à ce moyen, ainsi qu'aux applications *narcotiques* sous forme de cataplasmes, de fomentations, de frictions, etc., etc.

On prescrit généralement les *eaux minérales*, telles que les *eaux de Vichy*, de *Néris*, de *Bussang*, d'*Ems*, de *Carlsbad*, etc. Mais nous avons déjà vu maintes fois que ces eaux minérales étaient ordonnées dans tous les cas désignés sous le nom d'*obstructions du foie*, dont le cancer fait partie. Or quel est leur degré d'influence dans cette affection en particulier? C'est ce que nous ignorons complétement.

Les symptômes du côté des voies digestives doivent être combattus activement dès qu'ils se présentent. S'il y a *constipation*, on doit prescrire de légers *purgatifs*, comme la *manne*, l'*huile de ricin*, les *sels neutres*. Si, au contraire, il survient de la *diarrhée*, on doit chercher à la modérer ou à l'arrêter à l'aide des *lavements laudanisés*, des *fomentations narcotiques*, de l'ingestion d'une petite quantité d'*opium* dans l'estomac, etc., etc. Quant aux symptômes produits par le *cancer gastrique*, j'ai indiqué dans un article précédent (1) quels moyens on doit diriger contre lui.

Enfin le *traitement des complications* diverses signalées plus haut doit être livré à l'appréciation du médecin.

Le *régime* doit être doux et léger, et semblable à celui qui a été indiqué à propos du cancer de l'estomac. On doit en outre tenir le malade dans une grande *tranquillité de corps et d'esprit*, et, suivant le conseil de M. Heyfelder, *éviter les exercices fatigants aussi bien que les remèdes violents.*

ARTICLE XI.

KYSTES DU FOIE.

Longtemps on a confondu les *kystes séreux du foie*, ou *hydropisie enkystée*, avec les *hydatides*. Aujourd'hui tout le monde admet qu'il se forme dans le foie, dans les reins et dans d'autres organes, des kystes aqueux, entièrement distincts des hydatides proprement dites; c'est un fait qui a été principalement mis hors de doute par M. Hawkins. Mais malgré cette distinction, nous ne devons attacher que très peu d'importance aux différences qui existent entre les deux maladies, parce que, sous le rapport pratique, c'est-à-dire sous le point de vue des symptômes, de la marche de la maladie, de ses terminaisons, et surtout du traitement, il n'y a rien qui appartienne particulièrement à l'une d'elles. On a dit, il est vrai, que l'absence du *frémissement* et du *bruit hydatiques* servait à faire diagnostiquer les kystes aqueux, et à les différencier, pendant la vie, des tumeurs hydatiques; mais nous verrons dans l'article suivant que l'existence de ce signe est bien loin d'être constante dans les hydatides, en sorte que, dans la plupart des faits, la distinction est impossible.

Je me bornerai donc à dire ici que la lésion anatomique est constituée par un

(1) *Voy.* t. II, article *Cancer de l'estomac.*

kyste à parois plus ou moins épaisses et formées par une membrane où l'on distingue souvent plusieurs feuillets dont l'externe est fibreux, et dont l'interne, tomenteux, se couvre parfois, suivant M. Hawkins (1), de végétations fongueuses. Quant au *liquide*, il est presque complétement composé d'eau pure, et il ne se coagule pas par la chaleur. Le kyste est parfois très considérable, et peut contenir jusqu'à 10 kilogrammes de liquide, et plus encore. On en trouve souvent un nombre assez grand, et alors ils ont des dimensions médiocres et variables.

Les autres conditions pathologiques étant, je le répète, les mêmes dans le kyste aqueux et les hydatides, je me hâte d'arriver à la description de ces dernières, et je me contente d'ajouter qu'on a trouvé dans le foie *d'autres kystes*, *contenant des matières diverses*, mais qui ne peuvent nous intéresser ici.

ARTICLE XII.

HYDATIDES DU FOIE.

C'est vainement qu'on a voulu chercher dans les écrits des anciens des indications précises sur les hydatides du foie : cette affection n'a été connue d'une manière positive qu'à l'époque où les progrès de l'anatomie pathologique ont permis d'établir positivement quel est l'état de l'organe malade. Il y a quelques années, Laënnec a publié des recherches très importantes sur les hydatides, et c'est surtout depuis lors que cette affection, considérée dans le foie, a été étudiée avec succès. Cependant Lassus (2) avait déjà fourni à la science un travail utile dont il sera maintes fois question dans cet article. Tout récemment M. Barrier (3) a publié sur ce sujet un mémoire très intéressant et dans lequel toutes les questions relatives aux hydatides du foie sont traitées avec soin. La plupart même sont résolues par une analyse exacte et numérique d'un nombre assez considérable d'observations. Cette thèse est, sans contredit, le travail le plus complet et le plus utile que nous possédions; aussi est-ce d'après elle que je vais presque exclusivement tracer l'histoire de la maladie.

§ I. — **Définition; synonymie; fréquence.**

Ainsi que nous l'avons vu plus haut, on ne doit aujourd'hui donner le nom d'*hydatides* qu'à des kystes contenant un plus ou moins grand nombre de ces poches ou vésicules que Laënnec a appelées *acéphalocystes*, et qui, d'après les recherches récentes de M. le docteur Livois (4), ne sont autre chose elles-mêmes que de simples poches renfermant toujours dans leur intérieur un certain nombre d'*échinocoques*.

On a encore désigné les hydatides sous le nom de *vésicules* ou *vessies aqueuses*, d'*hydropisie enkystée du foie*, de *tumeurs aqueuses*, etc., etc.

La *fréquence* de cette affection n'est heureusement pas très grande si on la considère d'une manière générale; mais, relativement aux affections de la même

(1) *Arch. gén. de méd.*, 2e série, t. V.
(2) *Recherch. et obs. sur l'hydr. enk. du foie* (*Journal de médecine de Corvisart*, t. 1er).
(3) *De la tumeur hydatique du foie*; Thèse, Paris, 1840.
(4) *Recherches sur les échinocoques chez l'homme et les anim.*; Thèse, Paris, 1843.

espèce, ayant leur siége dans d'autres organes, on peut dire que les hydatides du foie sont celles qui se rencontrent le plus fréquemment.

§ II. — Causes.

Tout le monde convient que rien n'est plus obscur que l'étiologie de cette maladie, et il est bien entendu que je ne parle pas ici du mode de *génération* de ces entozoaires, question encore insoluble, et dont le praticien n'a pas à s'occuper, mais seulement des causes qui peuvent prédisposer à l'affection ou en déterminer la production. Cependant je vais présenter quelques courtes considérations qui résultent des recherches de M. Barrier.

1° Causes prédisposantes.

Sur dix-huit cas qui, parmi les nombreuses observations consultées par l'auteur que je viens de citer, peuvent seuls servir à faire apprécier l'influence de l'*âge*, le début a eu lieu avant vingt ans dans trois cas, de vingt à quarante ans dans onze cas, de quarante à soixante ans dans trois cas, après soixante ans dans un cas. « D'une autre part, ajoute M. Barrier, l'époque de la terminaison de la maladie, soit par la mort, soit par la guérison, a été assez bien précisée dans vingt-sept observations, pour qu'il soit possible d'en tirer quelques conclusions. Sur ces vingt-sept cas, sept se sont terminés avant vingt ans, onze de vingt à quarante ans, sept de quarante à soixante ans, et deux après soixante ans. Il résulte de ce relevé, que la plus grande fréquence de la tumeur hydatique a lieu dans l'âge adulte, et qu'on en rencontre cependant encore quelques cas dans l'enfance et dans la vieillesse. » On sent que ces recherches ont besoin d'être plus multipliées avant qu'il soit permis de poser une conclusion aussi positive.

« Le *sexe*, dit encore M. Barrier, paraît sans influence sur la production de cette maladie, puisque, sur un relevé de quarante-six observations où le sexe est indiqué, j'ai trouvé vingt-quatre hommes et vingt-deux femmes. »

On a rangé parmi les causes prédisposantes une *constitution détériorée*, la *mauvaise alimentation*, l'*habitation dans des lieux bas et humides ;* mais il résulte des recherches de M. Barrier que ces circonstances ne se sont montrées que dans un nombre de cas très peu considérable, et que la majorité des sujets qui ont présenté des hydatides du foie se trouvaient, au contraire, dans les meilleures conditions hygiéniques.

2° Causes occasionnelles.

Ce n'est que par une simple hypothèse qu'on a avancé que l'*irritation* pouvait être une cause déterminante des hydatides. Quant aux *violences extérieures*, aux *coups*, aux *chutes* sur la région du foie, etc., on les a notés dans quelques cas, il est vrai, mais si rarement, qu'on ne peut s'empêcher de penser qu'il n'y a eu que de simples coïncidences.

Vouloir indiquer un plus grand nombre de causes, ce serait s'exposer à n'émettre que des hypothèses, et c'est pourquoi je n'insiste pas.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes ont été étudiés avec beaucoup de soin par M. Barrier; il serait

difficile de trouver une meilleure description. Je la suivrai principalement ; mais auparavant je dirai un mot du début en particulier.

Début. Le *début* est presque toujours complétement latent, et ce n'est qu'à une époque assez avancée que la maladie du foie se révèle. On constate, il est vrai, l'existence, chez un bon nombre de sujets, de symptômes divers qui ont principalement leur siége dans les voies digestives ; mais il est ordinairement impossible encore de savoir quel est l'organe malade. Je n'insisterai donc pas sur ces divers dérangements, puisqu'ils ne peuvent pas nous fournir de renseignements précis, et je passe immédiatement aux symptômes de la maladie confirmée.

Symptômes. Dans le plus grand nombre des cas, sans que nous puissions indiquer la proportion exacte, il existe une *douleur*, ou au moins une *gêne* et une *pesanteur* incommodes dans l'hypochondre ou dans l'épigastre, ou dans ces deux points à la fois. Lorsque l'affection a fait des progrès considérables et est parvenue à ce que l'on a désigné sous le nom de *seconde période* de la maladie, une *douleur vive* peut se manifester dans un certain nombre de cas ; mais, ainsi que le fait remarquer M. Barrier, c'est peut-être autant aux changements qui surviennent dans la substance du foie environnante, qu'aux progrès des hydatides, qu'il faut la rapporter. Ce qui prouve la vérité de cette assertion, c'est qu'il est fort rare que la douleur vive devienne permanente, et que son caractère, au contraire, est de se produire par intervalles, pour faire place, au bout d'un temps plus ou moins long, à la gêne et à la pesanteur qui existent d'une manière continue. Cependant il est une circonstance dans laquelle la douleur aiguë devient permanente, c'est lorsque la suppuration s'empare du kyste ; mais alors l'affection prend les caractères d'un véritable abcès, et rentre presque complétement dans l'hépatite aiguë. Enfin, les péritonites partielles, dont on trouve les traces, après la mort, dans les fausses membranes qui unissent le foie à la paroi abdominale, peuvent rendre l'affection très douloureuse.

Les grands mouvements respiratoires, les efforts de toux, l'éternument, les grands mouvements du tronc, augmentent ordinairement la douleur, quand elle a un certain degré d'acuité. Quelquefois il existe des *irradiations douloureuses* spontanées, qui vont retentir dans l'abdomen, la poitrine, et parfois l'épaule. Ce sont encore les diverses altérations produites dans le foie et dans les environs qui sont la cause de ces irradiations.

La simple position peut augmenter beaucoup la douleur. On a remarqué que, lorsque les hydatides occupent le lobe droit du foie, le *décubitus* a lieu plutôt sur le côté droit que sur le côté gauche, et que le contraire existe lorsque l'affection occupe le petit lobe. Toutefois c'est, en général, le décubitus dorsal qui est choisi par les malades.

« Dans quelques cas, dit M. Barrier, la douleur et la gêne sont *plus prononcées la nuit que le jour*, et cela me paraît dépendre moins d'une influence *synchronique* que de la position horizontale du corps, qui rend l'action du diaphragme, dans la respiration, plus pénible que dans la station verticale. »

L'*augmentation de volume du foie* et la *forme particulière* que cet organe acquiert sont des signes extrêmement importants à noter. C'est du côté de l'abdomen que se montrent presque toujours ces signes ; et si le kyste hydatique est

tellement situé qu'il ne soit pas accessible à l'exploration du côté de la paroi abdominale, on éprouve des difficultés extrêmes dans le diagnostic.

Le bord du foie dépasse les fausses côtes au point de descendre quelquefois jusqu'à l'ombilic et même plus loin. Dans les cas où il existe plusieurs tumeurs hydatiques, la surface accessible à la *palpation* est *bosselée* et présente une *rénitence élastique* dans les diverses parties saillantes ; dans quelques cas, au contraire, on trouve une tumeur unique, parfois appréciable à la vue. Voici, du reste, quels sont les caractères de ces *tumeurs hydatiques.*

Tumeurs. Occupant l'épigastre ou l'hypochondre droit, ou les diverses parties de ces deux régions, elles sont arrondies, quelquefois aplaties, ordinairement lisses et régulières, quelquefois bosselées et inégales. Quand une tumeur occupe l'épigastre, la ligne blanche, en déprimant sa partie moyenne, la fait paraître quelquefois bilobée (Barrier). Ces tumeurs, ordinairement bien circonscrites, et quelquefois sans limites précises, sont remarquables par leur rénitence et leur élasticité. La *fluctuation* y est toujours obscure, à cause de leur grande tension. Une circonstance qu'il faut avoir soin de noter, c'est la manière dont la tumeur est en rapport avec les fausses côtes. Comme, en effet, les collections hydatiques s'élèvent plus ou moins haut dans le corps de l'organe, il en résulte qu'en palpant attentivement, on reconnaît qu'elles s'insinuent sous les fausses côtes.

A l'aide de la *percussion*, on peut constater d'abord le développement du foie du côté de la poitrine, et, en second lieu, dans quelques cas, un bruit particulier, auquel on a donné le nom de *bruit hydatique.* D'après M. Barrier, ce bruit est rarement produit, et il est certain, que dans des cas d'hydatides bien caractérisés, la percussion, pratiquée aussi méthodiquement que possible, n'a pu produire ce bruit particulier. Il n'en est pas moins vrai que, quand il existe, il doit être soigneusement noté. Le *frémissement hydatique* peut être perçu lorsqu'on imprime des mouvements à la tumeur pour apprécier la fluctuation.

M. le docteur Guillemain, de Rombos (1), a, dans un cas, entendu un *bruit particulier* produit par des resserrements douloureux, qui se produisaient environ toutes les vingt minutes dans la tumeur. Ce bruit, entendu à l'oreille nue, même à la distance d'un pied, était un véritable *tintement semblable au cliquetis produit par de nombreux grains de sable fin tombant dans une coupe de verre :* c'était le tintement métallique des excavations de la poitrine, mais répété à l'infini ; dans l'intervalle de ces resserrements, ce n'était plus qu'un tremblement, qu'une vibration. Le lendemain ce bruit avait disparu.

L'*ictère* est beaucoup plus rare dans cette affection que ne l'avaient pensé quelques auteurs. Sur trente-trois observations rassemblées par M. Barrier, il n'a été noté que sept fois ; et ce qui prouve que ce n'est pas un symptôme essentiel de la maladie, c'est que, le plus souvent, il ne s'est montré que d'une manière passagère, soit au début, soit dans le cours, soit seulement vers la fin de la maladie. Suivant M. Barrier, à qui j'emprunte ces détails, la coïncidence de l'ictère avec des douleurs plus aiguës, souvent avec de la fièvre, permet d'expliquer son développement par l'apparition d'une hépatite passagère, qui est venue compliquer la lésion primitive.

(1) *Note sur un bruit part.*, etc. (*Gaz. méd. de Paris*, 1847.)

L'ascite et *l'œdème des membres inférieurs* ne sont pas des symptômes plus fréquents que l'ictère : ils sont même plus rares, d'après les observations rassemblées par M. Barrier, puisque, sur quarante cas, il n'y a eu une hydropisie que dans sept. Il est, en outre, digne de remarque que l'hydropisie ne s'est produite que dans les derniers temps. On ne trouve rien dans les auteurs qui puisse nous faire connaître à quelle circonstance particulière on doit rapporter l'existence de l'ascite et de l'œdème.

Du côté des *voies digestives*, il survient, à une époque très variable, des dérangements qui consistent d'abord principalement dans la *lenteur* et la *difficulté des digestions*, et quelquefois dans des *nausées*, des *vomissements*, de la *diarrhée*, phénomène qui ne sont jamais constants, et qui se montrent à des époques irrégulières. Plus tard, l'*appétit* est presque toujours diminué ou même perdu, et la diarrhée devient fréquente ou continuelle. Les matières rendues ne présentent ordinairement rien de particulier ; mais quelquefois on trouve au milieu d'elles un nombre parfois très considérable d'hydatides tantôt entières, tantôt rompues ou plus ou moins altérées par le travail phlegmasique qui a eu lieu dans la tumeur hydatique. On en a cité récemment un exemple remarquable (1). Il y a eu alors *rupture* de cette tumeur *dans l'intestin*, et presque toujours dans le colon. Dans les cas où la tumeur s'ouvre *dans l'estomac*, comme on en a cité quelques exemples, les vomissements deviennent fréquents, quotidiens, et au milieu des matières rendues on trouve également des entozoaires parfaitement reconnaissables, accompagnés parfois d'une plus ou moins grande quantité de bile. L'état des *urines* n'a généralement point été noté.

Du côté de la *respiration*, on ne trouve qu'une gêne plus ou moins grande, une dyspnée en rapport avec le développement du volume du foie et la plus ou moins grande intensité de la douleur. Aussi est-ce lorsque la maladie a déjà fait des progrès considérables que la respiration commence à devenir pénible. Parfois on voit survenir une oppression marquée, bientôt suivie de quintes de toux et de l'expectoration d'une certaine quantité d'hydatides nageant dans le pus et quelquefois dans la bile. C'est le résultat de la *rupture* du kyste hydatique *dans le poumon* à travers le diaphragme. Si la rupture se fait du côté de la *cavité pleurale*, on observe les signes d'une pleurésie suraiguë qui ordinairement emporte promptement le malade.

Pendant un temps fort long, la *circulation* ne présente rien de remarquable ; ce n'est que vers la fin de la maladie, lorsque la tumeur hydatique s'enflamme, ou lorsqu'il survient une complication quelconque, que le pouls devient accéléré et ordinairement petit et faible. La *chaleur* est plutôt diminuée qu'augmentée, à moins qu'il n'y ait une complication inflammatoire. Quant au *dépérissement*, peu notable dans le commencement, il peut l'être assez vers la fin pour que les malades tombent dans le marasme, surtout lorsque la diarrhée s'établit d'une manière permanente.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison de la maladie.

Comme le plus grand nombre des affections chroniques, et plus encore peut-être, les hydatides du foie présentent des alternatives d'exacerbation et d'améliora-

(1) *Bulletin gén. de thérapeutique*, février 1848, p. 155.

tion marquées. Cependant il est vrai de dire que les progrès sont continuels, quoique lents et quoique paraissant parfois s'arrêter. Mais la marche de l'affection est très différente, suivant qu'on l'examine à diverses époques ; c'est ce qui a engagé les auteurs à la diviser en deux périodes. *Dans la première*, qui n'est ordinairement caractérisée que par un peu de gêne dans l'hypochondre, par des troubles variés de la digestion et par un gonflement du foie dont le malade peut pendant longtemps n'avoir pas connaissance, les progrès de la maladie sont fort lents et se font presque toujours d'une manière régulière. *Dans la seconde*, au contraire, où l'on observe la douleur plus ou moins vive, la diarrhée, l'amaigrissement, et quelquefois l'ictère et l'ascite, la marche de la maladie devient rapide, et c'est alors que surviennent les diverses ruptures mentionnées plus haut, l'inflammation du kyste, l'hépatite environnante, en un mot les divers accidents que j'ai indiqués. Il en résulte que cette période offre, bien plus que la précédente, des alternatives remarquables d'amélioration et d'exacerbation, qui sont quelquefois telles, que tantôt on peut croire le malade voisin de la mort, et tantôt le regarder comme en voie de guérison.

La *durée* est très variable et peut être fort longue, comme il résulte des observations de M. Barrier. Sur vingt-quatre cas réunis par ce médecin, il n'en est que trois qui aient eu une durée de moins de deux ans ; celle des autres a été de deux à trente ans ; et en ayant égard non seulement à ces faits, mais encore à d'autres où la durée est indiquée d'une manière assez exacte, quoique approximative, on voit qu'elle a varié de deux à huit ans dans la grande majorité des cas. Les divers accidents indiqués plus haut, et les opérations entreprises dans un but curatif, abrégent nécessairement beaucoup cette durée, soit en faisant périr les malades, soit en procurant une guérison plus ou moins rapide.

La *terminaison* a été étudiée avec un soin tout particulier par M. Barrier, et c'est, en effet, un point très important qui mérite de nous arrêter. Cet auteur a divisé en cinq catégories les causes de mort dans cette affection. 1° Dans la première se trouvent les cas où la compression seule, exercée par la tumeur hydatique sur les organes voisins, aurait gêné suffisamment les fonctions pour déterminer la mort. Un cas rapporté par Gooch, et cité par M. Cruveilhier, est le seul qui paraisse propre à faire admettre ce genre de terminaison. Il y avait dans ce cas une telle compression du poumon droit, que cet organe ne pouvait plus être dilaté par l'insufflation. Sans affirmer que ce mode de terminaison ne peut pas avoir lieu, je dirai que ce fait cité par M. Barrier, après M. Cruveilhier, manque de tous les détails nécessaires pour le rendre probant.

2° Dans d'autres cas, l'inflammation s'emparant du kyste, les malades succombent comme dans l'hépatite chronique. 3° D'autres fois il y a rupture du kyste dans le péritoine ou la plèvre, soit d'une manière toute spontanée, soit pendant un effort, ou à la suite d'une chute, ou sous l'influence d'un coup, etc., et alors se développent les symptômes d'une péritonite ou d'une pleurésie suraiguë qui emporte rapidement les malades.

4° Dans d'autres circonstances, la rupture n'a pas des conséquences aussi promptement funestes, parce qu'elle se fait dans un organe creux qui rejette au dehors la matière contenue dans le kyste ; mais des symptômes chroniques se manifestent. Lorsque la rupture se fait dans l'intestin, c'est une diarrhée que rien ne

peut arrêter, et qui épuise le malade. Lorsqu'elle se fait dans l'estomac, ce sont des symptômes de gastrite chronique et des troubles digestifs tels que le malade ne tarde pas à tomber dans le marasme. A-t-elle lieu dans les poumons, il y a oppression, dyspnée, expectoration purulente. En un mot, dans chacun de ces organes il se produit une inflammation chronique très étendue, entretenue par le passage continuel des matières du kyste.

Quelquefois il y a *rupture de la tumeur au dehors*, ce qui n'empêche pas la mort de survenir par suite de la suppuration permanente et de l'inflammation du kyste.

5° Enfin, dans d'autres circonstances, des hydatides ayant leur siége dans d'autres organes, viennent en gêner l'action et hâter la mort.

La terminaison est quelquefois *heureuse* sans qu'on ait recours à une opération. On a cité quelques cas fort rares dans lesquels une tumeur que l'on a regardée comme une hydatide a fini par s'affaisser et par disparaître avec tous les accidents qu'elle occasionnait. Mais on se demande d'abord s'il s'agissait véritablement d'une hydatide, et en second lieu si une rupture dans un organe creux n'aurait pas été méconnue.

La guérison par rejet au dehors de la matière contenue dans le kyste est au contraire un fait parfaitement démontré. Il résulte des observations que la meilleure voie d'élimination est l'ouverture du kyste à travers la paroi abdominale ; vient ensuite la rupture dans les voies digestives, et surtout dans le colon. Après des accidents variés, suivant le point où cette rupture a eu lieu, le rejet des hydatides diminue, le foie reprend ses dimensions normales, et les sujets peuvent vivre fort longtemps ensuite sans voir reparaître la maladie.

§ V. — Lésions anatomiques.

Le plus souvent on trouve un nombre plus ou moins considérable d'hydatides contenues dans une seule et même cavité ; elles ont un volume variable : les unes pouvant n'égaler que la grosseur d'un grain de chènevis, les autres pouvant atteindre celle d'une grosse orange et même de la tête d'un fœtus à terme. Dans quelques cas rares, on n'a trouvé qu'une seule hydatide, qu'on a désignée sous le nom d'hydatide solitaire.

Lorsque les hydatides n'ont éprouvé aucune altération, elles se présentent, suivant la description de M. Barrier, et comme l'ont constaté tous les observateurs, sous l'aspect de corps globuleux, sphériques, élastiques, à peine un peu plus denses que l'eau, pleins de sérosité limpide et transparente comme la membrane qui la renferme. Quelquefois cette membrane est piquetée de petites taches blanchâtres, et quelquefois aussi elle est complétement opaque et semblable à du blanc d'œuf coagulé. Tel était l'état de la science, et l'on regardait comme exacte la division admise par Laënnec qui, suivant les divers états que nous venons d'indiquer, admettait trois espèces d'acéphalocystes, l'*ovoïde*, la *granuleuse* et la *surculigère*, lorsque M. Livois, poussant plus loin les recherches, a démontré que ces diverses espèces devaient être réunies en une seule, et désignées sous le nom d'*échinocoque*. L'échinocoque, en effet, est un ver microscopique qui se rencontre constamment dans les hydatides, et pour lequel la membrane et l'eau qu'elle contient sont évidemment destinées.

Un des caractères propres aux hydatides que nous décrivons ici, c'est d'être toujours libres dans la cavité formée aux dépens de l'organe. L'hydatide solitaire, qui remplit exactement cette cavité, n'adhère jamais aux parois, quoique M. Hurtrel-d'Arboval (1) ait prétendu le contraire.

Les hydatides, ai-je dit, sont renfermées dans une cavité creusée dans le tissu de l'organe : cette cavité est tapissée par un kyste auquel on a donné le nom de kyste hydatique, et qui est composé d'un feuillet externe souvent très épais, consistant, cellulo-fibreux ou même fibreux, fibro-cartilagineux, osseux ; et d'un feuillet interne friable, blanchâtre, de structure homogène, ressemblant à la membrane des hydatides elles-mêmes. L'adhérence du kyste au tissu du foie est tantôt lâche et filamenteuse, tantôt tellement serrée, surtout quand le kyste est ancien, qu'on ne peut pas le séparer du parenchyme. Il n'est qu'un seul cas connu dans la science dans lequel on ait pu croire à l'absence du kyste : c'est un fait rapporté par M. Andral. Les parois du foie formant la cavité hydatique étaient tapissées seulement par une couche de pus concret : y avait-il eu destruction du kyste par la suppuration ? c'est ce qu'il est difficile de croire ; car dans ce cas on en aurait sans doute trouvé quelques vestiges. Toujours est-il que l'absence du kyste est un fait extrêmement rare.

Le kyste commun est plein d'une sérosité limpide, transparente, ordinairement incolore, quelquefois d'un jaune citrin ou légèrement verdâtre. On n'y a pas trouvé de trace d'albumine. L'inflammation peut la convertir en un liquide puriforme dans lequel flottent des débris d'hydatides privées de vie.

C'est au milieu de ce liquide que nagent les petites vessies contenant les échinocoques, et qu'on désigne ordinairement sous le nom d'hydatides ou acéphalocystes. Leur nombre est quelquefois si considérable relativement à la capacité du kyste commun, qu'elles sont pressées les unes contre les autres et qu'on a de la peine à leur imprimer quelque mouvement. D'autres fois, au contraire, elles flottent librement, et le moindre mouvement imprimé au kyste les porte rapidement d'un point dans un autre. Nous avons vu plus haut qu'il pouvait n'exister qu'une seule hydatide remplissant exactement le kyste.

De cet ensemble formé par le kyste commun, le liquide qu'il renferme, et les hydatides qui nagent dans son intérieur, résulte ce qu'on a appelé la *tumeur hydatique*. Celle-ci est le plus ordinairement unique ; toutefois on peut en trouver plusieurs dans l'intérieur du foie. Quelques auteurs, dont M. Barrier a réuni les observations, ont vu cet organe parsemé de ces tumeurs. M. Cruveilhier n'en a jamais rencontré plus de quatre.

Quant au volume des tumeurs, il est très variable. Quelquefois de la grosseur d'un œuf ou plus petites encore, elles peuvent être assez considérables pour que le diaphragme soit refoulé très haut vers le sommet de la poitrine et que le foie descende jusqu'auprès de la fosse iliaque.

La tumeur est ordinairement arrondie ; elle siége plus ou moins profondément dans l'intérieur de l'organe, et tend à se porter plus tard vers la surface. D'après les recherches de M. Barrier, le lobe droit est bien plus souvent que le gauche occupé par les hydatides.

(1) *Dict. de méd. et hyg. vétérinaires*, article HYDATIDES.

Aux environs, le foie est plus dense, plus fauve qu'à l'état normal. Ordinairement son tissu est atrophié par suite de la compression. Presque toujours les voies biliaires sont sans altérations.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Avant de présenter le *diagnostic* différentiel, je crois devoir donner le résumé des signes positifs, qui a été très bien présenté par M. Barrier. Le diagnostic positif doit être cherché dans « la nature des douleurs, qui ordinairement sont pendant longtemps sourdes, obscures, profondes, dans l'ictère et l'ascite qui se développent rarement, surtout en l'absence de complications, et dans l'apparition dans la région du foie, quelque temps après l'invasion des douleurs, d'une tumeur dure, élastique, rénitente, arrondie ou aplatie, rarement bosselée, circonscrite, indolente ou peu sensible à la pression, avec la fluctuation plus ou moins difficile à apprécier. »

Maintenant avec quelle affection pourrait-on confondre les tumeurs hydatiques? Nous trouvons d'abord les *abcès;* mais la marche de la maladie dans l'*hépatite aiguë*, la douleur dès l'abord notablement plus vive que dans les hydatides, l'ictère, le mouvement fébrile, mettent sur la voie du diagnostic. Dans les cas d'*hépatite chronique*, ce diagnostic est beaucoup moins certain, et l'on ne peut douter qu'il n'y ait eu fréquemment des erreurs, bien pardonnables du reste.

Le *frémissement* et le *bruit hydatiques* sont-ils des signes très importants? Nous avons vu plus haut qu'on n'a pu les constater que dans un petit nombre d'observations, et, d'un autre côté, on a cité des cas où dans des abcès présentant une conformation particulière, un bruit et un frémissement analogues ont été produits. On ne doit donc pas espérer de tirer sous ce rapport, dans la plupart des cas, de grandes lumières de la palpation et de la percussion. Mais malgré tous les motifs de doute que je viens d'indiquer, si le frémissement et le bruit hydatique existent, on trouve dans cette circonstance un signe utile pour le diagnostic.

Une *tumeur biliaire*, c'est-à-dire formée par la dilatation de la vésicule du fiel, peut en imposer pour une tumeur hydatique, mais je renvoie ce diagnostic à un des articles suivants où il sera question de cette espèce de tumeur.

Les *tumeurs cancéreuses du foie* ont pu quelquefois être prises pour une affection hydatique. Ce n'est évidemment qu'à une époque où la masse cancéreuse a commencé à se ramollir, que ce diagnostic présente une assez grande difficulté. Cependant le dépérissement beaucoup plus considérable et plus rapide dans le cancer du foie, la présence, dans le plus grand nombre des cas, d'un cancer occupant un autre organe et principalement l'estomac, et en pareil cas des troubles digestifs beaucoup plus notables, sont des signes qui viennent éclairer le praticien.

Suivant tous les auteurs, le diagnostic le plus difficile est sans contredit celui de l'*hydropisie enkystée.* Dans les cas de ce genre, en effet, la tumeur présente la même forme, les mêmes caractères physiques; la maladie marche de la même manière; et enfin nous avons vu que l'absence du frémissement et du bruit hydatique est loin de prouver qu'il ne s'agit pas d'une tumeur hydatique du foie. Ce diagnostic peut-il être éclairé par la *ponction exploratrice?* Je ne le pense pas; car le liquide que l'on retire ne diffère pas sensiblement dans les deux espèces de tumeurs. La ponction exploratrice servirait, au contraire, à établir le diagnostic

d'une manière positive dans le cas d'abcès ou tumeurs biliaires. Je crois qu'il est important de dire ici que cette ponction exploratrice doit être faite *avec un trois-quarts très délié*, dont la canule n'a pas un diamètre de plus d'un millimètre. On n'a pas cité de faits où une ponction ainsi pratiquée ait eu de fâcheux résultats.

Tels sont les éléments que nous possédons pour ce diagnostic important. M. Barrier, à qui nous avons emprunté presque tous ces détails, a, comme on le voit, fort bien résumé l'état de la science; mais il n'en est pas moins à désirer qu'un travail fait d'une manière encore plus rigoureuse vienne définitivement nous fixer sur plusieurs points encore obscurs et incertains.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes positifs des hydatides du foie.*

Douleur pendant longtemps *sourde*, *obscure*, profonde.

Ictère et ascite *rares*.

Quelque temps après l'invasion des douleurs, *tumeur élastique* arrondie, circonscrite, indolente ou presque indolente dans la région du foie.

Fluctuation plus ou moins *obscure* et profonde.

2° *Signes distinctifs des hydatides et des abcès du foie, dans les cas d'hépatite aiguë.*

HYDATIDES DU FOIE.	ABCÈS AIGUS DU FOIE.
Marche *lente* de la maladie.	Marche *rapide* de la maladie.
Pas de fièvre.	*Fièvre.*
Pendant longtemps *simple gêne* et pesanteur dans l'hypochondre, ou douleur sourde et légère.	*Douleur plus ou moins vive* dans la région du foie.
Ictère *rare*.	Ictère *fréquent et prononcé*.
Tumeur *élastique*, *indolente*.	Tumeur *moins élastique*, empâtement, *douleur* à son niveau.
Fluctuation *difficile à constater*.	Fluctuation *plus facile à constater*.

3° *Signes distinctifs de la tumeur hydatique et d'une tumeur cancéreuse du foie.*

TUMEUR HYDATIQUE.	TUMEUR CANCÉREUSE.
Dépérissement *nul au début*, *lent* ensuite.	Dépérissement ordinairement *marqué dès le début*; assez *rapide* ensuite.
Rénitence, *élasticité* de la tumeur.	Tumeur *dure*, ou de *consistance pâteuse*.
Pas d'affections cancéreuses dans d'autres organes, et surtout dans l'estomac.	*Affections cancéreuses* dans *d'autres organes*, et surtout dans l'estomac.
Troubles digestifs *beaucoup moins marqués*.	Troubles digestifs *plus marqués*, surtout dans les cas d'affection gastrique concomitante.

Tels sont les seuls diagnostics différentiels que je crois devoir donner dans ce tableau; celui qu'on a cherché à établir entre la tumeur hydatique et l'hydropisie enkystée ne peut pas, comme je l'ai dit plus haut, être présenté d'une manière assez précise.

Pronostic. Le pronostic de cette affection est évidemment grave. Nous avons vu, en effet, plus haut que la terminaison fatale pouvait se produire d'un assez bon nombre de manières différentes. Cependant les cas dans lesquels la maladie s'est terminée spontanément d'une manière heureuse par l'évacuation des hydatides, et

les guérisons qu'on a obtenues dans ces dernières années à l'aide de diverses opérations, ne sont pas rares aujourd'hui ; par conséquent, parmi les affections chroniques de la glande hépatique, les hydatides doivent être considérées comme une des moins funestes. Lorsque la tumeur est unique et rapprochée de la paroi abdominale, il est évident que le pronostic est moins fâcheux, puisque l'opération a de plus grandes chances de succès. De toutes les ruptures qui tendent à porter les hydatides au dehors, la plus heureuse est celle qui a lieu à travers la paroi abdominale. La plus grave de toutes les ruptures, puisqu'elle est constamment mortelle, est celle qui se fait dans le péritoine.

§ VII. — Traitement.

C'est pour une tumeur hydatique du foie que M. Récamier, malgré la proscription lancée par M. Lassus contre tout traitement chirurgical, eut recours à une de ces opérations que j'ai cru devoir décrire à propos des abcès du foie, parce qu'elles sont également applicables à l'une et à l'autre de ces affections. Sous ce rapport donc, le traitement des hydatides nous offre des moyens très importants ; mais avant qu'on se soit décidé à pratiquer l'ouverture de la tumeur, est-il quelque remède qu'il soit utile de mettre en usage ? Tous les auteurs qui ont récemment traité de cette maladie se sont accordés à dire que le traitement interne n'avait qu'une importance très minime ; et, en effet, si l'on consulte les observations, on voit, comme M. Barrier le fait remarquer, que les diverses préparations pharmaceutiques mises en usage et auxquelles on a accordé plus ou moins de confiance, n'ont eu aucune action directe sur la marche de la maladie. Je me bornerai par conséquent à indiquer en très peu de mots ces divers *moyens internes*, qui ne doivent être employés que dans le cas où l'opération ne peut pas être pratiquée, soit parce qu'il existe des complications trop graves, soit parce que le nombre des tumeurs dont on reconnaît ou dont on soupçonne l'existence est trop considérable, soit enfin parce que des hydatides ont envahi d'autres organes essentiels à la vie.

Les médicaments mis en usage sont d'abord les *désobstruants* et les *fondants*, que nous retrouvons dans toutes les affections chroniques du foie, qui, presque toutes confondues par les auteurs du siècle dernier, ont été toutes traitées de la même manière. Ces médicaments, je les ai indiqués à l'article *Hépatite chronique ;* je n'y reviendrai pas ici.

Les *purgatifs* plus ou moins violents et les *vomitifs* ont été recommandés ; mais on ne doit pas espérer qu'ils puissent amener la disparition de la tumeur hydatique. Seulement, dans des cas fort rares, ils paraissent avoir hâté la rupture, dans l'intestin ou dans l'estomac, du kyste hydatique. Cependant il ne serait pas prudent de les employer même dans ce but, car d'abord il n'existe aucun signe qui puisse nous faire prévoir que le kyste a de la tendance à se rompre dans l'un ou l'autre de ces organes, et, en second lieu, on risque de provoquer une diarrhée qui n'a que trop de tendance à s'établir à une époque avancée de la maladie. Ce sont les *purgatifs salins* qui ont été le plus particulièrement prescrits.

Le *calomel*, recommandé par les médecins anglais contre toutes les maladies du foie, n'a pas été oublié dans le traitement des hydatides ; mais rien ne prouve qu'il ait eu une influence particulière, alors même qu'il a été donné jusqu'à production de la salivation. Dans un cas cité par Jos. Frank, et après lui par M. Barrier, il

survint pendant l'administration du calomel, qui fut suivie de la salivation, des vomissements d'hydatides nombreuses, et la guérison eut lieu. Mais cette rupture dans l'estomac, qui s'est produite dans des circonstances tout à fait différentes, ne saurait évidemment être attribuée à l'action du calomel.

On a prescrit un certain nombre de médicaments dans le but de faire périr les vers hydatiques, ou, en d'autres termes, comme *anthelmintiques*. Je me bornerai à citer la *térébenthine*, l'*huile empyreumatique de Chabert*, médicaments dont j'ai longuement parlé à l'occasion des vers intestinaux, et je n'insisterai que sur l'*eau de mer*, préconisée par plusieurs médecins.

L'*eau de mer* prise tous les jours à la dose de trois à huit verres, et les bains de mer pris principalement à la lame, pourront être essayés. Dans le cas où il ne serait pas possible de se rendre aux bains de mer, on administrerait l'*eau de mer artificielle* en bains et en boisson. La formule de l'*eau de mer artificielle pour bains* est la suivante :

℞ Sel de cuisine...........	5300 gram.	Chlorure de chaux.......	470 gram.
Chlorure de magnésium..	120 gram.	Sulfate de soude........	2060 gram.

Pour un bain de 200 litres.

Quant à l'*eau de mer artificielle pour boisson*, on pourra prescrire la formule suivante :

℞ Sel marin gris..........	17 gram.	Chlorure de magnésium. .	6 gram.
Sulfate de soude.........	11 gram.	Eau....................	1 litre.
Chlorure de calcium......	2 gram.		

Faites dissoudre. Dose : de 500 à 1000 grammes par jour.

Les *préparations d'iode* ont été également recommandées, sans que nous soyons mieux fixés sur leur effet.

Enfin on a appliqué sur la région du foie des *vésicatoires*, des *cautères*, des *moxas* ; mais comme moyens curatifs on n'en a tiré aucun résultat évidemment avantageux. Les *vésicatoires volants* appliqués sur l'hypochondre lorsqu'il existe un point douloureux, peuvent cependant faire disparaître ou diminuer notablement la douleur. Sous le rapport palliatif, il est donc permis de leur attribuer quelques avantages.

Reste comme principal, sinon comme unique moyen de salut, l'*opération*, si heureusement tentée par M. Récamier. Je ne dois pas revenir ici sur ce que j'en ai dit à propos du traitement des *abcès du foie*. Je ferai seulement remarquer que plusieurs auteurs, et entre autres M. Barrier, regardent le procédé de M. Récamier comme plus sûr que celui de M. Bégin. Mais, comme je l'ai dit dans l'article que je viens d'indiquer, l'opération proposée par M. Bégin n'a eu aucun inconvénient dans les cas cités dans la science ; elle est plus prompte et moins douloureuse que celle de M. Récamier, et quoique cette dernière soit très utile à connaître et ait procuré des succès signalés, on ne voit pas pourquoi on ne lui préférerait pas un procédé qui n'en est qu'une simplification, et qui, rien ne le prouve du moins, n'a pas le danger qu'on lui suppose.

Il est une autre opération proposée et exécutée avec succès par M. Jobert (de Lamballe). M. Barrier a cité un cas où, dans l'espace de quatre mois environ, la guérison a été obtenue par ce moyen, qui mérite une description particulière.

MÉTHODE DE M. JOBERT.

Faites sur la tumeur, avec un trois-quarts fin, c'est-à-dire dont la canule n'a pas plus d'un millimètre de diamètre, une ponction, à l'aide de laquelle vous évacuerez le plus de liquide possible, et laissez la canule en place pendant vingt-quatre heures. Si l'inflammation ne s'empare pas du kyste, et si le liquide se reproduit, renouvelez la ponction à une époque plus ou moins éloignée, et ainsi de suite, jusqu'à ce que le développement de la fièvre, la douleur locale, aient annoncé que cet effet est produit. Appliquez alors un nombre assez considérable de sangsues et des émollients, de manière à modérer l'inflammation. Plus tard, renouvelez encore la ponction s'il y a lieu, jusqu'à ce que ces diverses tentatives déterminent le retrait, la flétrissure, et, par suite, la cicatrisation du kyste hydatique.

Cette méthode, qui en 1841 n'avait encore en sa faveur qu'un seul fait, en compte aujourd'hui plusieurs qui la placent au rang des meilleures qu'on puisse employer. Ainsi M. le docteur Th. Alexandre (1) y eut recours dans un cas soumis à son observation. Quelque temps après la ponction et lorsque les hydatides contenues dans la cavité furent en grande partie sorties, il s'échappa une *quantité notable de bile* par l'ouverture, ce qui n'empêcha pas une guérison prompte et radicale. Je citerai encore le cas non moins remarquable qui a été rapporté par M. Owen Rees (2), et dans lequel la guérison fut aussi prompte et aussi solide.

Dans les cas où il s'est produit une rupture dans la plèvre ou dans le péritoine, on a quelquefois pratiqué l'ouverture de ces cavités. J. Frank cite un cas où l'*ouverture du thorax*, dans une semblable circonstance, a eu un plein succès. Il n'en est pas de même de l'ouverture dans la cavité péritonéale; la mort en a toujours été la suite.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Désobstruants; fondants; purgatifs, vomitifs; calomel; anthelmintiques; eau de mer; iode; vésicatoires, cautères; moyens chirurgicaux; méthode de M. Jobert (de Lamballe).

CHAPITRE II.

AFFECTIONS DES VOIES BILIAIRES.

Malgré quelques travaux intéressants publiés sur les *abcès de la vésicule du fiel*, sur les *calculs biliaires* et sur la *rétention de la bile dans la vésicule*, il est extrêmement difficile de tracer d'une manière précise l'histoire des affections des voies biliaires. Sur plusieurs d'entre elles nous ne possédons, en effet, qu'une petite quantité d'observations, qui manquent pour la plupart de la rigueur désirable, et les descriptions générales qui en ont été tracées ne sont fondées, on peut le dire, que sur des appréciations approximatives qui doivent laisser beaucoup de doute dans les esprits sévères. Je vais, en rassemblant ce qui a été dit de plus important, sous le rapport pratique, sur les maladies de la vésicule et des

(1) *London med. Gaz.*, décembre 1845.
(2) *Guy's hosp. Reports*, octobre 1846.

conduits biliaires, m'efforcer, non sans doute de remplir cette grande lacune qui existe dans la science, mais seulement de mettre le praticien à même de se conduire avec connaissance de causè dans les cas très difficiles qui peuvent se présenter à lui. Viendra ensuite l'article consacré à l'*ictère*, dans lequel je pourrai mettre en œuvre des documents beaucoup plus nombreux et beaucoup plus précis.

ARTICLE Ier.

INFLAMMATION DES VOIES BILIAIRES.

C'est dans la vésicule elle-même que se développe le plus souvent cette inflammation; mais il n'est pas rare dè voir le canal cystique et le canal cholédoque y participer. Dans quelques cas, on a mentionné l'existence d'une inflammation bornée au canal cholédoque; mais les faits de ce genre sont très rares; je les mentionnerai plus loin après avoir décrit l'inflammation de la vésicule.

1° Inflammation de la vésicule biliaire.

Cette affection est extrêmement rare à l'état de simplicité; elle complique quelquefois les affections fébriles violentes, et surtout la fièvre typhoïde, et dans la plupart des cas où l'inflammation de la vésicule biliaire n'est pas une simple lésion secondaire d'une affection fébrile, c'est à la présence d'un plus ou moins grand nombre de calculs biliaires qu'il faut la rapporter. Il semble donc, d'après ces considérations, que nous ne devrions attacher qu'une très faible importance à cette affection presque toujours consécutive; mais, en y réfléchissant, on voit qu'elle mérite, au contraire, une attention particulière. Une fois développée, en effet, cette maladie est ordinairement grave; elle a des symptômes qui lui sont propres, et elle exige un traitement particulier. Quelle que soit donc la manière dont elle s'est produite, elle doit être traitée à part.

§ I. — Synonymie; fréquence.

On a proposé de désigner l'inflammation de la vésicule du fiel sous le nom de *cholécystite*, et c'est sous cette dénomination qu'elle a été décrite dans la plupart des ouvrages récents. J'ai indiqué plus haut son *extrême rareté* à l'état de simplicité; je dois ajouter ici que, considérée même d'une manière générale, elle est loin d'être remarquable par sa fréquence.

§ II. — Causes

Les causes de l'inflammation de la vésicule biliaire n'ont point été recherchées à l'aide d'observations nombreuses et convenablement analysées; cependant il est quelques faits importants qui méritent d'être mentionnés avec soin. On a cité quelques cas dans lesquels des *coups sur la région du foie*, une *chute*, une *violence extérieure* quelconque, ont déterminé l'inflammation de la vésicule biliaire.

Quelquefois, a-t-on dit, l'*inflammation s'est propagée du duodénum à la membrane de la vésicule;* mais il n'est pas une seule observation authentique qui appuie cette manière de voir, que l'on peut par conséquent révoquer en doute. On a dit encore que l'*inflammation du foie*, et même *des organes environnants*, pouvait s'étendre à la vésicule; nous avons vu à l'article *Hépatite*, que si cette extension peut avoir lieu dans le cours de cette affection, le cas est au moins fort

rare. A plus forte raison peut-on douter de son existence dans les affections diverses des autres organes et en particulier de l'estomac. Sur ce point, nous n'avons que des renseignements tout à fait insuffisants.

La cause la plus fréquente est, ai-je dit, la *présence de calculs biliaires*. Si l'on parcourt, en effet, les observations d'abcès de la vésicule rapportées par les auteurs, par exemple ceux qu'a indiqués en passant J.-L. Petit (1), et ceux qui ont été présentés par M. Littré (2), on verra que, dans presque toutes, un plus ou moins grand nombre de calculs occupaient la vésicule. Et qu'on ne croie pas que je confonds ici la simple rétention de bile dont traite particulièrement J.-L. Petit, avec l'inflammation des voies biliaires ; car cet auteur, dans la comparaison qu'il établit entre ces deux affections, n'oublie pas de mentionner les causes de l'abcès.

Enfin, comme je l'ai dit plus haut, la vésicule du fiel peut s'enflammer dans le cours des maladies fébriles violentes. M. Louis (3) a trouvé trois cas d'inflammation de la vésicule biliaire dans le cours de cette maladie, tandis qu'il ne s'est présenté à son observation qu'un seul cas semblable chez un sujet mort d'une autre affection ; et, ce qu'il y a de remarquable, c'est que, dans ce dernier cas, il s'agissait d'une *pneumonie*, c'est-à-dire de la phlegmasie qui, par la violence du mouvement fébrile, se rapproche le plus de la fièvre typhoïde.

§ III. — Symptômes.

Il serait impossible de donner une description des symptômes plus satisfaisante que celle qui a été donnée par M. Littré ; aussi ne puis-je mieux faire que de reproduire ici le passage où cet auteur a tracé la symptomatologie de l'inflammation de la vésicule biliaire. Je me contenterai d'y joindre quelques remarques faites par J.-L. Petit.

« Lorsque, dit M. Littré (4), la maladie commence subitement, ou s'ajoute à une affection déjà existante du foie, le malade est pris d'une *douleur* très vive au niveau du rebord des fausses côtes droites, *augmentée par la pression*, la respiration, le décubitus sur le dos. Il peut à peine s'étendre, et le plus souvent il se couche sur le côté gauche en repliant les membres inférieurs. Le paroxysme de la douleur dure pendant plusieurs heures, puis il diminue, et ordinairement à mesure qu'il diminue, l'*ictère* se manifeste. En même temps il y a des *vomituritions* ou des *vomissements* qui n'amènent que des matières aqueuses et verdâtres. Les vomissements suivent la douleur et diminuent avec elle, la *fièvre* se joint à ces accidents, et lorsque la première acuité des symptômes est tombée, les auteurs signalent une fièvre accompagnée d'un *pouls petit et serré*, d'une *soif vive*, mais où il n'y a ni frisson ni chaleur remarquables. La *constipation* existe et l'urine a les caractères de l'urine des ictériques.

» Si la maladie tend à la guérison, la douleur et l'ictère s'évanouissent peu à peu ; les selles deviennent régulières, sinon les souffrances se réveillent par intervalles, l'ictère s'accroît, *la peau devient sèche* et la mort survient, soit par l'effet de l'inflammation seule de la vésicule, soit par la *perforation* de cette poche, accident que l'on reconnaît à l'apparition subite des symptômes d'une péritonite suraiguë. »

(1) *Remarq. sur les tum. form. par la bile* (*Mém. de l'Acad. de chir.*, t. Ier, p. 117 et suiv.).
(2) *Dict. de méd.*, t. V, article INFLAMMATION DES VOIES BILIAIRES.
(3) *Rech. sur l'aff. typh.*, 2e édit., t. Ier, p. 281.
(4) *Loc. cit.*, p. 236.

M. le docteur Jenner (1) a rapporté un cas d'*ulcérations de la vésicule biliaire*. Les symptômes consistaient principalement dans des troubles de la digestion, de vives douleurs hépatiques dans les derniers jours, et une tumeur circonscrite au niveau du point occupé par la vésicule.

Telle est la description tracée par M. Littré. S'il faut en croire J.-L. Petit, il est beaucoup d'autres symptômes qui appartiennent à l'inflammation de la vésicule du fiel : ce sont, lorsque la suppuration s'est faite, la *diminution de la douleur* et de la fièvre, le *caractère pulsatif de la douleur*, l'*abattement* qui persiste après ; des *frissons irréguliers* et d'assez longue durée, la *chaleur* et la *moiteur* qui les suivent. En outre, lorsque l'abcès est établi, on observe des phénomènes particuliers qu'il importe d'indiquer.

Abcès de la vésicule du fiel. Lorsque l'abcès formé par suite de l'inflammation de la vésicule biliaire devient accessible à l'exploration, on trouve au-dessous du rebord des fausses côtes et dans le point correspondant à l'organe malade, une *tumeur* non circonscrite qui paraît, suivant l'expression de J.-L. Petit, comprise dans l'enceinte des parties voisines, et, pour ainsi dire, confondue avec les téguments. A son niveau, on trouve un *empâtement* plus ou moins marqué ; il n'y a autour *aucune dureté*, et, à une époque plus avancée, la peau rougit et présente un point acuminé. La *fluctuation*, qui est toujours assez tardive, est d'abord obscure, elle devient apparente dans le centre de la tumeur, et s'étend chaque jour à mesure que la suppuration augmente.

Quand, par suite des progrès de la maladie, l'abcès s'est ouvert au dehors, ou lorsque, à l'aide de l'opération, on évacue le foyer purulent, on voit presque toujours sortir avec le pus un nombre très variable de calculs biliaires, et parfois une certaine quantité de bile. L'écoulement du liquide et la sortie des calculs se prolongent souvent pendant un temps fort long, et, ce qu'il y a de remarquable, sans altérer notablement la santé, et l'ouverture de l'abcès reste fistuleuse. Ce sont surtout les calculs qui donnent lieu à la formation des *fistules ;* car si l'abcès n'en contient pas, ce qui est bien rare, ou s'ils sont promptement évacués en totalité, l'ouverture peut se cicatriser promptement.

M. le docteur Tampelini (2) a vu, chez un homme de soixante-neuf ans, des calculs biliaires s'échapper à travers la partie abdominale. Il survint dans l'hypochondre une tumeur qui s'abcéda, et ne donna pendant longtemps issue qu'à du pus épais d'un blanc sale et inodore, puis un premier calcul sortit par l'ouverture fistuleuse, et six mois après un second s'était échappé par cette voie ; l'ouverture se ferma, se cicatrisa et tout rentra dans l'ordre.

On voit que la symptomatologie de l'inflammation de la vésicule biliaire, si elle présente quelques parties assez bien étudiées, est loin d'être établie d'une manière définitive. La description de J.-L. Petit n'a d'importance réelle que relativement aux abcès, et celle de M. Littré a dû nécessairement se ressentir de la pénurie des faits et surtout du défaut de détails qu'ils présentent. Aussi quelques unes des propositions qu'elle renferme sont-elles contestables. Cet auteur indique, par exemple, l'ictère comme constant, et cependant j'ai sous les yeux quelques faits où il a complétement manqué.

(1) *London med. Gaz.*, février 1847.
(2) *Trav. de la Soc. de méd. de Moulins pour l'année* 1849.

§ IV. — Marche; durée; terminaison.

La *marche* de la maladie est ordinairement très aiguë : nous avons vu même que, dans un certain nombre de cas, les symptômes acquéraient presque subitement leur plus haut degré de violence. Cependant il résulte de la description de J.-L. Petit, que cette rapidité très grande de la marche de la maladie n'a lieu que dans les premiers temps, et qu'à l'époque où la suppuration s'établit, les divers phénomènes ne se succèdent plus qu'avec une certaine lenteur. C'est, au reste, ce qu'on observe dans tous les abcès chauds, quel que soit leur siége.

Nous ne pouvons pas indiquer d'une manière précise la *durée* de cette affection : tout ce que nous pouvons dire, c'est que dans les cas où l'on a pu croire à l'existence d'une inflammation de la vésicule biliaire, terminée par résolution, la durée n'a guère dépassé quatre ou cinq jours. Dans les cas, au contraire, où il se forme un abcès, cette durée devient beaucoup plus longue.

Nous venons de voir que la maladie se *terminait* quelquefois par résolution. M. Andral a cité un cas qui paraît être de ce genre, autant du moins qu'on peut avoir confiance dans le diagnostic d'une maladie aussi imparfaitement connue sous tant de rapports. La *terminaison* par suppuration peut être regardée comme constante lorsque l'inflammation est causée par la présence des calculs : en pareil cas, la guérison peut avoir lieu par suite de l'ouverture soit naturelle, soit artificielle de l'abcès, à travers les parois abdominales. Dans quelques cas, comme je l'ai indiqué plus haut, et comme M. Martin-Solon en a cité un exemple remarquable, il y a perforation de la vésicule, épanchement du pus mêlé ou non de bile dans la cavité du péritoine et péritonite mortelle.

Quelquefois aussi la perforation peut se faire du côté de l'intestin, et la guérison avoir lieu par suite de l'évacuation des calculs. M. Louis m'a communiqué un cas de ce genre bien remarquable, surtout sous le point de vue de l'état anatomique de la vésicule, après la sortie du calcul. J'y reviendrai lorsque j'aurai à faire l'histoire des *calculs biliaires*. Telles sont les terminaisons les mieux connues de cette maladie.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques consistent dans l'épaississement, le ramollissement, parfois l'ulcération des parois de la vésicule biliaire, et en particulier de la muqueuse ; dans la présence, dans son intérieur, de pus mêlé ou non à de la bile, et souvent de calculs en plus ou moins grand nombre ; enfin, dans certains cas, dans des perforations plus ou moins nombreuses ; M. Martin Solon, dans le cas cité plus haut, en a trouvé jusqu'à vingt-sept. Lorsque la perforation de la vésicule a donné lieu au passage dans le péritoine du liquide qu'elle contenait, on trouve les traces d'une péritonite extrêmement violente qui a emporté le malade. Mais c'est là un point qu'il suffit de signaler ici.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Le diagnostic de l'inflammation de la vésicule biliaire présente d'assez grandes difficultés lorsque l'abcès n'est point accessible à l'exploration. Cependant, ainsi que le fait remarquer M. Littré, en ayant égard aux diverses circonstances indiquées dans la description des symptômes, on peut encore arriver à reconnaître son existence. Si, en effet, une douleur très vive, ayant son siége immédiatement au-dessous des fausses côtes et derrière le muscle droit, se fait sentir plus ou moins

brusquement ; si la fièvre ne tarde pas à s'établir, s'il n'y a point, au bout d'un court espace de temps, de fluctuation très marquée dans le lieu occupé par la douleur, et surtout si l'ictère n'est pas très intense et ne se manifeste pas très promptement, on devra croire à une inflammation de la vésicule.

Ce n'est guère, en effet, qu'avec une rétention de la bile dans cet organe, ou avec une hépatite aiguë, qu'on pourrait la confondre ; mais la *rétention de la bile*, qui peut se faire d'une manière très prompte et avec l'apparition d'une douleur vive, surtout lorsqu'elle est due à un calcul engagé dans le canal cholédoque, ne s'accompagne pas de fièvre ou ne donne lieu qu'à quelques frissons de courte durée ; elle produit bientôt un ictère très intense, et enfin la tumeur et la fluctuation qui se manifestent promptement sous les fausses côtes viennent contribuer à fixer le diagnostic. Je reviendrai tout à l'heure sur ces signes, et surtout sur les signes locaux. J'indique ici ce que nous savons de plus exact : toutefois, qu'on ne croie pas que ce diagnostic est aussi précis qu'on pourrait le désirer. Je citerai, en effet, dans l'article consacré à la rétention de la bile, quelques faits où les signes que je viens de mentionner étaient bien loin d'être évidents.

Quant à l'*hépatite aiguë*, elle se distingue de l'inflammation de la vésicule par l'étendue plus grande de la douleur, par l'augmentation de volume du foie, et enfin par la manière moins brusque dont les symptômes se sont produits. N'oublions pas encore ici que ces signes ne sont pas constants, et reconnaissons qu'il faudrait une étude plus approfondie pour établir un diagnostic plus positif.

Dans les cas où un abcès s'est produit dans la vésicule biliaire, le diagnostic présente de nouvelles considérations, et c'est dans le mémoire de J.-L. Petit qu'il faut particulièrement les chercher. L'abcès de la vésicule peut être confondu, soit avec un *abcès du foie* lui-même, soit avec la *rétention de la bile*, dont j'ai parlé plus haut. Voici comment on parviendra à le distinguer de ces deux affections :

L'abcès de la vésicule du fiel n'est jamais éloigné du rebord des fausses côtes et du muscle droit. Il peut en être tout différemment de l'*abcès du foie*. La fluctuation est ordinairement beaucoup plus facile à percevoir dans le cas d'abcès de la vésicule ; en outre, il n'y a pas une dureté environnante à beaucoup près aussi marquée que dans l'abcès occupant le parenchyme hépatique. Tels sont les signes différentiels de ces abcès, qui néanmoins peuvent, dans certains cas, être facilement confondus. Mais, leur traitement étant le même, la confusion n'a pas de danger.

Il est bien autrement important de distinguer l'abcès de la vésicule de la *rétention de la bile*. L'opération qui convient à l'abcès serait, en effet, très dangereuse appliquée à la rétention biliaire, et il importe d'autant plus de distinguer ces deux lésions, que l'erreur a été fréquemment commise, ainsi qu'on peut s'en convaincre par la lecture du mémoire de J.-L. Petit. Voici donc quels sont les signes auxquels on les distinguera d'après ce chirurgien célèbre : La douleur est de plus longue durée dans l'abcès que dans la rétention biliaire ; elle est pulsative ; lorsqu'elle diminue, elle ne laisse pas le malade dans un état de bien-être aussi complet que lorsque la douleur due à la rétention s'est calmée. Les frissons irréguliers sont plus longs, et ils sont suivis de chaleur et de moiteur. La fluctuation est moins promptement manifeste ; elle commence par le point le plus saillant, pour s'étendre au reste de la tumeur, et enfin on trouve à la circonférence de celle-ci de l'empâtement et un certain degré de dureté que l'on ne trouve pas dans la simple rétention de la bile.

Présenter ce diagnostic sous forme de *tableau synoptique*, ce serait s'exposer à le faire regarder comme beaucoup plus précis qu'il ne l'est réellement. Je crois qu'il est plus convenable, dans l'état actuel de nos connaissances, de s'en tenir aux considérations précédentes.

Pronostic. D'après ce qui vient d'être dit, il est évident que l'inflammation de la vésicule du fiel est une affection grave : cependant on cite un moins grand nombre de terminaisons fatales que de guérisons, soit par les seuls efforts de la nature, soit par l'intervention de l'art. L'ouverture de l'abcès au dehors, à travers les parois abdominales, surtout lorsqu'il y a des calculs dans le foyer purulent, est le cas le plus favorable après la résolution.

§ VII. — Traitement.

Nous n'avons pas de recherches précises sur le traitement, si ce n'est sur les moyens chirurgicaux, qui seuls peuvent être employés avec avantage dans certains cas. Je me contenterai donc de quelques indications relativement aux moyens médicaux.

On a recommandé la *saignée générale* plusieurs fois répétée, les *sangsues* appliquées au nombre de dix, vingt, trente, à plusieurs reprises, et les *ventouses scarifiées* sur l'hypochondre droit et sur la partie antérieure de l'abdomen. On mesure l'énergie de ces moyens à l'intensité de la douleur et à la violence de la fièvre. Les *applications émollientes*, telles que de larges cataplasmes, des fomentations avec l'eau de guimauve, etc., et aussi les *bains fréquents et longtemps prolongés* sont également prescrits, et, suivant la plupart des auteurs, avec un succès réel. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que ces moyens paraissent appropriés à la nature des symptômes.

Les *purgatifs* sont aussi recommandés, et les médecins anglais ont particulièrement préconisé l'usage du *calomel*. Mais cette substance n'est pas administrée par eux uniquement comme purgative, et plusieurs se proposent, en la donnant, de déterminer la salivation. Aucune recherche positive n'a été entreprise dans le but de déterminer quelle est l'influence réelle de ce moyen. Quant aux autres purgatifs, tels que l'*huile de ricin*, la *rhubarbe* à la dose de 3, 4 ou 6 grammes, les *sels neutres*, on admet généralement qu'ils ont des effets avantageux, mais plusieurs auteurs les proscrivent dans certains cas où ils supposent l'existence d'une inflammation de l'intestin, qui, s'étant développée primitivement, s'est ensuite propagée aux voies biliaires. Nous avons vu plus haut que ce mode de production de l'inflammation de la vésicule biliaire n'était rien moins que démontré, et que les craintes de ces auteurs sont chimériques.

Si je joins aux moyens précédents l'emploi de quelques *narcotiques* et de quelques *révulsifs* appliqués sur la peau, j'aurai fait connaître le traitement généralement adopté. Mais je dois ajouter que l'inflammation de la vésicule biliaire étant, comme je l'ai déjà dit, le résultat ordinaire de la présence des calculs, le traitement propre à ces concrétions biliaires devra être presque toujours mis en usage. Pour les détails, je renvoie le lecteur à l'article suivant, où le traitement des calculs biliaires sera présenté.

Moyens chirurgicaux. Si l'on s'est bien assuré qu'il existe un *abcès de la vésicule biliaire*, et que des adhérences entre cette poche et la paroi abdominale se sont établies, ce que l'on reconnaît à l'empâtement de cette paroi, et surtout à la saillie et à la rougeur diffuse que l'on remarque sur la peau, on ne doit pas hési-

ter à ouvrir la tumeur. Presque toujours, en pareil cas, il y a eu déjà rupture de la vésicule, et c'est la paroi abdominale elle-même qui forme la limite antérieure de l'abcès. L'*incision simple* est pratiquée de telle manière qu'elle ne s'étende pas au delà de la partie la plus saillante, et où la fluctuation se fait distinctement sentir. Après l'écoulement du liquide purulent, on peut opérer l'*extraction des calculs biliaires*, et si l'ouverture est trop étroite, on doit l'agrandir avec l'instrument tranchant, mais avec beaucoup de précaution, de peur de dépasser les adhérences de la vésicule : un *pansement simple* suffit ensuite.

Fistule consécutive. « L'ouverture des abcès de la vésicule, dit Boyer (1), soit qu'elle ait eu lieu spontanément ou qu'elle soit pratiquée par l'art, dégénère souvent en *fistule*. Cela a lieu surtout dans les abcès causés par un calcul biliaire qui, après avoir percé par ulcération les parois de la vésicule adhérentes au péritoine, glisse entre les interstices des muscles du bas-ventre, sous les téguments, et s'arrête dans un lieu plus ou moins éloigné des voies biliaires, où il produit une tumeur inflammatoire qui se termine par un abcès, duquel il sort du pus, de la bile, et une pierre biliaire plus ou moins volumineuse. »

Les calculs peuvent s'engager dans la fistule et produire des accidents assez marqués (douleurs, anorexie, fièvre). Pour la guérison de ces fistules, on emploie divers moyens, dont les principaux sont : la *dilatation* au moyen de bougies, d'éponge préparée, etc., etc., l'*incision*, l'*enlèvement des parties calleuses*, toutes opérations qui ont pour but de favoriser la sortie des calculs biliaires dont la présence est la cause principale de la persistance des fistules. Mais ce sont là des considérations chirurgicales que je ne dois pas pousser plus loin, et sur lesquelles je me contenterai d'appeler l'attention du lecteur. Je signalerai seulement le fait suivant, comme un des plus utiles à connaître :

M. le docteur Levacher (2) a observé un cas d'abcès de foie dans lequel, après l'ouverture du foyer et l'issue du pus, il resta pendant longtemps un conduit fistuleux. M. Levacher débrida d'abord à l'aide d'un bistouri conduit sur la sonde cannelée, puis en introduisant des éponges ficelées et gommées, il dilata la fistule jusqu'à ce qu'elle pût admettre le petit doigt. Il sortit alors un premier calcul. A l'aide de cordes à boyau du volume du petit doigt, la fistule fut agrandie au point d'admettre le pouce. Dès lors de nouveaux calculs se présentèrent. On put en extraire seize, dont plusieurs durent être broyées, et, trois mois après, la guérison était parfaite. Borrichius, cité par Boyer, Thilésius, Stalpart Van der Wiel ont cité des cas analogues.

2° Inflammation des conduits biliaires.

Nous ne possédons que des renseignements tout à fait insuffisants sur l'inflammation bornée aux conduits qui portent la bile de la vésicule dans l'intestin. M. Littré a cité un exemple d'*inflammation limitée au canal cholédoque*, et qu'il a emprunté au docteur Curry (3). Ce qu'il y eut de remarquable dans ce cas, ce fut une *douleur vive à l'estomac* et des *nausées* bientôt suivies de la mort. On ne trouva à l'autopsie autre chose qu'une inflammation marquée du canal cholédoque et la présence d'un certain nombre de calculs dans la vésicule. L'inflammation, suivant

(1) *Traité des malad. chirurg.*, 4e édit., t. VII, p. 591.
(2) *Journ. de chirurgie*, mai 1846.
(3) *Bibliothèque britannique*, t. LX, 1815.

M. Littré, fut probablement produite par le passage brusque d'un des calculs dans le canal. Un exemple plus remarquable encore d'inflammation aiguë de ce conduit se trouve rapporté par M. Andral (1). L'inflammation fut si violente dans le canal cholédoque, qu'elle en détermina l'oblitération, qu'il y eut rupture de la vésicule et péritonite mortelle. M. Andral pense que, dans ce cas, l'inflammation s'était propagée du duodénum au canal cholédoque, mais rien n'est moins prouvé. Le duodénum était sain. On voit combien sont vagues nos documents sur ce point de pathologie.

On trouve quelquefois une *oblitération* plus ou moins complète des *conduits biliaires*, et dans quelques cas on est porté à attribuer cette oblitération à une inflammation antécédente. Mais cette inflammation était-elle bornée aux conduits biliaires, ou a-t-elle occupé également la vésicule ? Quels sont les symptômes auxquels elle a donné lieu ? Sous quelles influences s'est-elle produite ? Ce sont là des questions qu'il est nous impossible de résoudre.

3° Inflammation chronique de la vésicule et de ses conduits.

Ce n'est encore qu'à l'aide de l'anatomie pathologique qu'on a tracé la description extrêmement incomplète de l'inflammation chronique des voies biliaires. Tout ce qu'il importe d'en dire ici, c'est qu'une *douleur fixe* au-dessous des fausses côtes droites et derrière le muscle droit, ayant une *longue durée* avec des exacerbations variables, et des *troubles digestifs* très divers, ont été assignés comme symptômes à cette affection ; que c'est presque toujours dans les cas de calculs qu'on a noté l'inflammation chronique des voies biliaires, et que les lésions trouvées après la mort sont l'épaississement, les ulcérations des parois de la vésicule, la présence du pus dans son intérieur, avec des lésions semblables dans les canaux d'excrétion de la bile qui présentent souvent une oblitération plus ou moins complète. Dans un cas, M. Louis a vu l'induration de la vésicule succéder à sa perforation par un calcul.

Quant au traitement, je me contenterai de faire remarquer qu'il ne présente rien de particulier, qu'il n'est autre que celui qu'on oppose généralement aux calculs biliaires, et je me hâte d'abandonner ce sujet encore si obscur.

ARTICLE II.

CALCULS BILIAIRES ET COLIQUE HÉPATIQUE.

On ne trouve dans les anciens auteurs aucune mention des calculs biliaires ; Rhazès seulement parle d'une pierre de ce genre trouvée dans les canaux de la bile sur un bœuf. On a dit, il est vrai, qu'Hippocrate faisait mention de ces concrétions dans sa *Lettre sur la maladie de Démocrite*, mais on s'est trompé. C'est à Vésale, à Fallope (2), et surtout à Fernel (3) qu'il faut arriver pour trouver quelques notions sur ce point de pathologie. Ce dernier fit connaître la possibilité de l'expulsion de ces calculs pendant la vie. Plus tard, un grand nombre d'auteurs, parmi lesquels il faut citer Van-Swieten (4), Fréd. Hoffmann (5), Morgagni (6),

(1) *Clinique médicale*, t. II, p. 556. obs. XLVI.
(2) *Observationes anatomicæ*; Venise, 1561.
(3) *Pathol.*, lib. VI, cap. V.
(4) *Comment. in Boerhaav. Aphorismos.*
(5) *De dolor. et spasm. præcord.*, etc.
(6) *De sedib. et caus. morborum*, epist. XXXVIII.

ont étudié avec assez de soin cette maladie, sur laquelle MM. Bouillaud (1), Stokes (2), Fauconneau-Dufrésne (3), et plusieurs autres auteurs, ont publié des recherches cliniques importantes.

§ Ier. — Fréquence.

La *fréquence* des calculs biliaires est assez grande ; mais dans la pratique médicale on n'a pas très souvent lieu de donner des soins aux malades atteints de cette affection, attendu que, dans un nombre assez considérable de cas, elle peut exister jusqu'à la mort sans produire aucun phénomène digne de remarque.

§ II. — Causes.

Nous n'avons que des données extrêmement vagues sur les causes des calculs biliaires. Plusieurs auteurs se sont fait sur ce point des opinions qui sont loin d'être appuyées sur des faits concluants. Je me bornerai à mentionner les principales circonstances indiquées par eux.

1° Causes prédisposantes.

C'est ordinairement *à une époque assez avancée de l'existence* que se produisent les calculs biliaires ; cependant on a signalé quelques exemples de cette affection non seulement dans la jeunesse, mais encore dans l'enfance. Portal, entre autres, cite deux cas de calculs biliaires chez des *enfants nouveau-nés* ; mais Billard et les autres auteurs qui se sont occupés spécialement des maladies des enfants ne parlent pas de cette affection, et pour mon compte je n'en ai jamais trouvé un seul exemple.

D'après M. Crisp (4), c'est principalement aux environs de cinquante ans que se produit cette affection.

Rien ne prouve qu'un *sexe* soit plus exposé que l'autre aux calculs biliaires. D'après les faits examinés par Morgagni, on doit même admettre que les deux sexes y sont également sujets.

Suivant quelques auteurs, les calculs des voies biliaires affectent principalement les hommes *sédentaires*, les *gens de lettres*, ceux qui ont l'habitude de rester assis après leur repas (Van-Swieten), ceux qui se tiennent habituellement *courbés en avant*, et compriment par là les organes abdominaux. Mais on sent combien toutes ces assertions auraient besoin d'une démonstration rigoureuse. Il en est de même de l'influence qu'on a attribuée à l'usage excessif des *boissons alcooliques*, de la *bière*, etc., etc.

Enfin, on a accordé une grande influence aux *climats froids*, et quelques auteurs, Rudolphe, Schwediels (5), J. Frank (6), ont attaché une grande importance à l'*hérédité* dans cette affection.

(1) *Recherch. cliniq. sur les malad. des voies bil.* (*Journ. complém. des scienc. médic.*, déc. 1827).

(2) *The London med. and surg. Journ.*, vol. V.

(3) *Revue médicale*, 1841. — *De la bile et de ses maladies*, dans *Mémoires de l'Académie de médecine*, Paris, 1847, t. XIII, pag. 198.

(4) *The Lancet*; London, 1841.

(5) *Med. Annal.*

(6) *Prax. med.*, *De calcul. biliar.*

2° Causes occasionnelles.

Parmi les causes occasionnelles, je citerai les *vives émotions*, les *passions violentes*, les *violences extérieures*, l'*usage immodéré du tabac*, l'*exposition continuelle aux émanations de la vapeur du charbon*, etc., etc. Il suffit, comme on le voit, de mentionner ces causes, qui n'ont pour elles que des idées théoriques, ou quelques cas isolés dans lesquels on ne peut voir que de simples coïncidences.

Ce qui prouve combien nous sommes peu instruits sur l'étiologie des calculs biliaires, c'est qu'après avoir donné leurs opinions sur les causes qui produisent ces concrétions, tous les auteurs finissent par reconnaître qu'il faut admettre l'existence d'une cause inconnue.

§ III. — Symptômes.

Pour décrire les symptômes auxquels donne lieu la présence des calculs biliaires, il faut nécessairement diviser le sujet en plusieurs parties importantes : tantôt les calculs biliaires *restent renfermés dans la vésicule*; tantôt ils se forment à la racine du canal hépatique, et restent dans leur siége primitif, ou s'engagent dans ce canal, et tantôt enfin ils pénètrent dans le canal cholédoque, lieu dans lequel ils peuvent rester à demeure, obstruant plus ou moins complétement le conduit, ou qu'ils peuvent traverser, après avoir produit divers accidents.

1° *Calculs dans la vésicule biliaire*. Nous possédons aujourd'hui un très grand nombre de faits qui prouvent que des calculs, en nombre considérable, peuvent exister dans la vésicule biliaire *sans donner lieu à aucun symptôme*, et l'on s'est assuré après la mort que, dans ces cas, la présence des concrétions n'avait déterminé aucune altération dans les parois de la cavité. Toutefois, si les calculs sont en nombre très considérable, et si la vésicule se trouve distendue, on peut observer, comme cela a eu lieu dans plusieurs cas cités par les auteurs, une *gêne*, un sentiment de *pesanteur* et de *tension* dans l'hypochondre droit. Quelquefois des sujets se sont plaints d'éprouver un mouvement incommode au niveau des fausses côtes droites, lorsqu'étant couchés, ils voulaient se tourner d'un côté sur l'autre, et principalement sur le côté gauche : ces cas sont rares; Fabrice de Hilden en a cité un exemple.

Quelquefois cette gêne peut dégénérer en véritable *douleur*; mais, sous ce rapport, les renseignements fournis par les auteurs sont tout à fait insuffisants. Est-il, en effet, démontré que, dans les cas dont il s'agit, la douleur fût uniquement due à la présence des calculs dans la vésicule et à la plus ou moins grande distension de cette poche? N'est-il pas survenu un certain degré d'inflammation? Les calculs ne se sont-ils pas engagés dans la partie étroite et tortueuse du col de la vésicule? C'est ce qu'on n'a pas recherché par l'analyse, et ce qui nous laisse nécessairement dans une grande incertitude.

Du reste, cette douleur est très variable quant à son intensité, à sa forme et à l'étendue de son siége. Tantôt sourde, tantôt, au contraire, vive et lancinante, elle peut rester bornée à l'hypochondre droit, s'étendre au reste de l'abdomen, aux parois de la poitrine et même à l'épaule.

Tels sont les seuls signes que, dans l'état actuel de la science, on puisse assigner aux calculs biliaires renfermés dans la vésicule, et n'ayant point déterminé une

violente inflammation et l'abcès de cet organe. Quelquefois, cependant, on a pu, par la *palpation*, s'assurer que des calculs occupaient la vésicule : J.-L. Petit en a cité des exemples. En pareil cas, si les calculs sont très nombreux, on entend, à l'aide de la pression et surtout de la pression brusque, outre la résistance qui existe au niveau de la vésicule du fiel, un *bruit* que J.-L. Petit a *comparé à celui que produisent des noisettes qu'on agite dans un sac.* Dans d'autres cas, il n'existe qu'un petit nombre de calculs volumineux et serrés les uns contre les autres ; on a pu alors sentir à la palpation leur *dureté pierreuse ;* mais les cas de ce genre sont très rares.

La *percussion* est alors d'un assez grand secours : par elle, en effet, on détermine, outre la matité propre à la vésicule biliaire distendue, le *bruit de collision* qui vient d'être indiqué, bruit que l'on perçoit avec plus de facilité encore lorsqu'on applique le *stéthoscope* dans un point voisin de la vésicule. M. Martin-Solon (1) a déterminé la collision des calculs biliaires en saisissant la vésicule et en recommandant au malade de faire trois ou quatre efforts expulsifs en contractant le diaphragme. Mais, dans le plus grand nombre des cas, il faut le reconnaître, tous ces signes manquent complétement, et la présence des calculs est inaccessible à l'exploration directe.

Des *troubles digestifs* très variés, comme des digestions laborieuses, la perte de l'appétit, la difficulté de la défécation, ont été donnés comme appartenant à la présence des calculs biliaires dans la vésicule. Mais rien ne prouve que ces symptômes aient le moindre rapport avec ces calculs, dans les cas où ils ne gênent pas le cours de la bile, cas le plus ordinaire. On a été jusqu'à attribuer la *tristesse*, l'*hypochondrie* à cette affection, mais sans aucune preuve valable.

En résumé donc, les calculs biliaires, tant qu'ils ne produisent pas d'altération dans la vésicule et qu'ils ne gênent pas le cours de la bile, n'ont pas de symptômes qui leur soient propres ; mais nous avons vu plus haut qu'ils étaient une des causes les plus fréquentes de l'*inflammation des conduits biliaires*, qu'ils produisaient parfois les *ulcérations*, et même la *rupture* de la vésicule. M. le docteur Santo Nobili (2) a cité un cas dans lequel un calcul biliaire, long de deux pouces et demi et épais de huit lignes, rompit la vésicule biliaire, et se fit jour à travers l'hypochondre. Il resta une fistule bilieuse. En pareil cas, les calculs biliaires deviennent causes des maladies particulières qui ont été déjà décrites, comme nous les verrons plus loin devenir, dans d'autres circonstances, causes de plusieurs états morbides très marqués, qui auront leur description à part.

2° *Calculs dans les radicules du canal hépatique.* Déjà Morgagni avait indiqué un assez grand nombre de faits observés par plusieurs auteurs, et dans lesquels on avait trouvé des calculs biliaires en nombre souvent fort considérable, non seulement à la naissance du conduit hépatique, mais encore dans ses racines principales et même jusque dans les parties les plus profondes du foie. M. Fauconneau-Dufresne (3) a mentionné ces divers cas, et y en a joint plusieurs autres observés par les auteurs modernes. Il résulte des recherches de cet auteur que, sauf quelques *douleurs sourdes* dans l'hypochondre droit, et, dans quelques cas rares, des signes

(1) *Bull. gén. de thér.*, 15 avril 1849.
(2) *Annali universali di med.*, février 1847.
(3) *Mémoire sur les calculs biliaires* ; Paris, 1841, p. 29.

de *colique hépatique*, on ne peut assigner aucun symptôme à cette lésion, qui parfois même ne donne lieu à aucun phénomène.

3° *Calculs dans le canal hépatique*. Les calculs du canal hépatique sont rares. Dans le petit nombre de cas qui ont été cités, ils ont produit des symptômes marqués : ce sont d'abord l'*ictère*, une *douleur violente* au niveau des fausses côtes droites si le calcul a pénétré brusquement ; des douleurs moins fortes ou intermittentes lorsque le calcul s'est établi à demeure dans le conduit ; des *troubles digestifs* variables, et en particulier des vomissements bilieux, et enfin les signes de la *péritonite suraiguë* lorsque le conduit hépatique s'est rompu et que le calcul est tombé dans le péritoine, ce qui a eu lieu dans deux cas cités par M. Fauconneau-Dufresne (1).

4° *Calculs dans le canal cystique*. Les calculs formés dans la vésicule peuvent s'engager dans le canal cystique. Lorsqu'ils y pénètrent brusquement et qu'ils distendent violemment ce canal, on observe les mêmes symptômes que nous avons notés dans le passage des calculs à travers le canal hépatique, et, de plus, la *rétention de la bile*, qui produit la dilatation de la vésicule du fiel, avec les accidents qu'elle entraîne à sa suite, et qui seront décrits plus tard. Cependant on conçoit que la bile trouvant dans les canaux hépatique et cholédoque un passage libre du foie dans l'intestin, et, pouvant aussi quelquefois filtrer encore entre le calcul et les parois du canal, la *douleur seule* existe en l'absence de tout autre symptôme d'affection hépatique. C'est ce qui a lieu dans quelques cas d'un diagnostic très difficile.

Parfois le calcul finit par s'établir à demeure dans le canal cystique, et la bile contenue dans la vésicule, ainsi que les parois de cette poche elle-même, peut subir des altérations sur lesquelles je reviendrai dans un autre article. Enfin si l'inflammation du canal a lieu par suite de la présence du calcul, il survient des symptômes permanents qui peuvent se terminer d'une manière funeste lorsque les parois ramollies du conduit cèdent à la pression du calcul, auquel elles livrent passage par leur perforation.

Reconnaissons, au reste, que les divers états pathologiques que nous venons d'indiquer n'ont été étudiés que d'une manière superficielle ; ils demandent impérieusement de nouvelles recherches.

5° *Calculs dans le canal cholédoque*. C'est en traversant ce canal que les calculs biliaires donnent lieu aux symptômes les plus constants et les plus nombreux. C'est aussi à propos de leur engagement dans ce dernier conduit de la bile que je parlerai d'une manière générale de ces accès de douleurs, qui peuvent résulter aussi, comme on vient de le voir, du passage des calculs dans les autres conduits, et qu'on a désignés sous le nom d'*accès de colique hépatique*.

COLIQUE HÉPATIQUE.

Début. Parfois ces accès sont annoncés pendant un temps plus ou moins long par divers symptômes, dont les principaux sont : un sentiment plus ou moins vif de douleur qui a son siége dans l'hypochondre droit, et qui peut s'étendre plus ou moins loin ; la constipation, la couleur ictérique des urines, et parfois un commen-

(1) *Loc. cit.*, p. 31.

cement de teinte ictérique à la face. Mais dans d'autres cas, au contraire, dont il est impossible de préciser la proportion, rien ne peut faire prévoir l'apparition de la colique hépatique.

Symptômes de la colique hépatique. Dans tous les cas, celle-ci est annoncée par une *douleur* ordinairement très violente, et portée quelquefois au point que les malades perdent connaissance. La plupart prennent, pour échapper à cette douleur, des postures extrêmement variées : fléchissant le tronc en avant, se couchant en travers de leur lit, se livrant à des mouvements désordonnés dans l'espoir de se soulager.

Comme toutes les douleurs, celle qui constitue la colique hépatique est très diversement appréciée par les malades. Les uns la comparent à un sentiment de brûlure, les autres à celui d'un déchirement, d'un pincement, d'une violente piqûre, etc. Son *siége principal* est au-dessous des fausses côtes droites, derrière le muscle droit ; mais il n'est pas rare de le voir s'irradier dans divers sens, gagnant l'épigastre, l'hypochondre gauche, les lombes, et même, ce qui est beaucoup plus intéressant pour le diagnostic, suivant le trajet de l'urètre, comme le ferait une douleur causée par la présence d'un calcul urinaire engagé dans l'uretère. Wepfer plaçait le siége principal de cette douleur au niveau de l'appendice xiphoïde, mais fréquemment on l'a vue occuper des parties assez éloignées de cet appendice.

Dans certains cas, on a noté, outre la *douleur spontanée*, une *douleur marquée à la pression*, au niveau du point malade ; celle-ci s'est montrée même parfois tellement vive, que les malades pouvaient à peine souffrir qu'on les touchât. Dans d'autres cas, au contraire, on a dit que la pression pouvait calmer les douleurs, mais on n'a pas distingué une pression large, exercée, par exemple, en se couchant sur le ventre, d'une pression portant sur une faible étendue, ce qui avait une importance réelle. Au reste, il faut reconnaître que, sous ce rapport, les recherches sont fort incomplètes.

Chez un certain nombre de malades, il ne se manifeste qu'*un seul accès*, d'une durée variable, ne dépassant pas, chez plusieurs, quelques minutes, ou se prolongeant, chez d'autres, pendant plusieurs heures, après quoi tout rentre dans l'ordre, et la maladie ne laisse après elle qu'une douleur contusive dans l'hypochondre droit. En pareil cas, on est en droit d'admettre qu'un calcul engagé dans les canaux biliaires s'est frayé un chemin jusque dans l'intestin, et l'on trouve, en effet, presque toujours la concrétion dans les matières évacuées peu de temps après l'accès. Dans les cas où l'on ne peut pas trouver le calcul, on pense qu'après s'être engagé dans le commencement du canal cystique, il a pu rentrer dans la vésicule biliaire ; mais le fait n'est pas parfaitement démontré.

Dans le plus grand nombre des cas, au contraire, il survient plusieurs de ces accès qui constituent une véritable *attaque.* Ces accès se produisent à des intervalles variés qui ne dépassent pas ordinairement quelques heures, et ils sont souvent d'une intensité telle, que les malades appellent la mort et sont dans un état d'*excitation* et de *jactitation* extrêmement marqué. C'est alors qu'on voit survenir des *symptômes nerveux* variés, comme les *vertiges*, le *délire*, les *convulsions*, et que la *syncope*, dont nous avons déjà indiqué l'existence, peut être si complète, que les moyens les plus actifs ont peine à la faire cesser.

Du côté des *voies digestives*, on observe également, pendant les accès, des sym-

phènes très divers : ce sont la sécheresse de la bouche et du pharynx, des éructations, des nausées, des *vomissements* composés tantôt de mucosités, tantôt de bile. Les malades désirent des boissons fraîches. On voit souvent survenir la *distension de l'estomac* par des gaz, ce qui a fait dire à Starck que le gonflement de la région épigastrique était un caractère essentiel de la colique hépatique : assertion qui n'est pas exacte, car un bon nombre d'observations prouvent que le fait est loin d'être constant. Il existe en même temps une *anxiété précordiale* telle, que les malades rejettent violemment les couvertures qui pèsent sur la base de la poitrine. Parfois on remarque des *battements épigastriques* violents, dus sans doute au soulèvement par les artères de l'estomac distendu. Dans ces cas, la *respiration* paraît gênée ; elle est fréquente, brève, suspirieuse.

Du côté de l'abdomen, le phénomème le plus remarquable et le plus constant est une *constipation* qu'il est difficile de vaincre, parce que les purgatifs, de même que les boissons, sont promptement rejetés par les vomissements. Cependant on a vu quelquefois des *selles bilieuses* assez abondantes se produire, et l'on a pensé qu'en pareil cas le calcul occupait le canal cystique, laissant à la bile un libre cours à travers les conduits hépatique et cholédoque.

Au milieu de ces symptômes si graves, le *pouls* reste ordinairement calme, ou même prend une lenteur inaccoutumée. Mais si les premiers symptômes persistent, si l'anxiété est excessive, il est ordinaire de trouver le pouls petit, filiforme, misérable, et l'on voit aussi survenir des battements de cœur plus ou moins violents. La *chaleur* est ordinairement concentrée dans la région épigastrique, tandis que le reste du corps est froid, principalement vers les extrémités. La *peau* est habituellement sèche ; on l'a vue quelquefois se couvrir d'une *sueur froide*, et, dans quelques cas rares, être le siége d'une *démangeaison* vive.

Enfin il importe de signaler l'*ictère*, dont je n'ai pas encore fait mention, parce qu'il n'existe pas toujours, son apparition dépendant de certaines circonstances. Il manque ordinairement lorsqu'il ne se produit qu'un accès court à la suite duquel le calcul engagé tombe dans l'intestin. Il peut également n'avoir pas lieu lorsque le canal cystique est le siége du mal, parce qu'alors il reste encore un libre passage à la bile par les conduits hépatique et cholédoque. Mais il existe presque constamment lorsqu'un calcul reste pendant un certain temps engagé dans l'un de ces deux conduits, et principalement dans le dernier. Cet ictère ne présente rien de particulier, si ce n'est sa coïncidence avec la dilatation de la vésicule biliaire lorsque le calcul occupe le canal cholédoque, ce qui est de beaucoup le cas le plus fréquent. J'aurai occasion de revenir sur ce sujet dans l'article consacré à l'ictère.

Cette description des accès est commune à un assez grand nombre de cas. Cependant *il n'est pas rare de voir manquer plusieurs des symptômes précédents*, et l'attaque consiste parfois uniquement dans les atteintes de douleur qui la caractérisent particulièrement. Dans quelques cas aussi l'*intensité de tous les symptômes est infiniment moins considérable* que nous ne l'avons indiqué plus haut. Enfin il est des sujets qui ont rendu un très grand nombre de calculs par les selles *sans avoir éprouvé aucun accident*.

La *terminaison de ces accès* doit être distinguée de la terminaison des attaques elles-mêmes, excepté dans les cas où un accès unique a lieu. Les accès se termi-

nent souvent par la simple disparition des symptômes qui viennent d'être indiqués, sans qu'il survienne aucun phénomène remarquable. La douleur se calme ordinairement peu à peu, et quelquefois, au contraire, *d'une manière subite*, comme M. Nacquart en a cité un exemple observé sur lui-même.

Lorsque l'accès a été de courte durée, la souffrance se dissipe complétement ou presque complétement. *Dans le cas contraire*, il reste une sensibilité plus ou moins vive à la région épigastrique. Quelquefois on a vu l'accès se terminer par une *sueur* d'une abondance variable, parfois jaune et d'une odeur désagréable. *Si l'attaque n'est pas terminée*, on n'observe rien de remarquable du côté des selles, et les sujets restent dans un état d'abattement et d'appréhension dont il est difficile ou même impossible de les tirer. L'ictère ne se dissipe pas et les fonctions digestives s'exécutent péniblement.

La *cause prochaine* de ces accès survenant à des intervalles variables et constituant les attaques, se trouve, ou bien dans le passage successif de plusieurs calculs à travers les canaux biliaires, ou, ce qui est infiniment plus fréquent, dans la marche d'un seul calcul qui se fait, pour ainsi dire, par saccades. Dans ce dernier cas, après son entrée dans le canal, le calcul ayant pris, pour ainsi dire, droit de domicile, et le conduit s'étant habitué à la dilatation, la pierre s'avance de nouveau, poussée par la bile; alors surviennent de nouveaux accidents, qui se terminent de même, et ainsi de suite jusqu'à ce que le calcul ait atteint le duodénum.

La *terminaison de l'attaque* a lieu ordinairement par la cessation plus ou moins rapide de la douleur, par la disparition de l'anxiété, de la chaleur épigastrique, etc., sans autres phénomènes appréciables; et ce n'est qu'au bout de deux ou trois jours qu'il survient *des selles dans la matière desquelles on trouve un ou plusieurs calculs biliaires*. Quelquefois cependant une *selle bilieuse*, abondante, *dans laquelle se trouvent les calculs*, est le signal de la disparition de tous les symptômes, et l'attaque est terminée. S'il existait un ictère, on le voit disparaître rapidement, et si cet ictère n'était que commençant, la peau reprend sa coloration ordinaire en peu d'heures.

Lorsque l'attaque n'a pas été très violente ou de longue durée, les malades peuvent, au bout de quelques jours, reprendre leurs occupations; mais ordinairement ils sont, à des époques très variables, repris de nouvelles attaques qui donnent lieu aux mêmes symptômes.

Dans les cas où les attaques sont extrêmement violentes, elles peuvent laisser après elles un *état de langueur et de faiblesse* qui dure assez longtemps. Mais c'est surtout lorsqu'elles ont une longue durée que l'économie éprouve les altérations les plus profondes. On voit survenir alors un *dérangement continuel des fonctions digestives*, consistant dans l'anorexie, les digestions laborieuses, des nausées, des vomissements, une constipation opiniâtre. Ces symptômes s'accompagnent d'un *dépérissement marqué*, il y a de l'*insomnie*, de l'*agitation* la nuit; le caractère devient morose, et parfois les malades tombent dans l'hypochondrie.

Dans quelques points des canaux biliaires que les calculs se trouvent engagés, ils peuvent déterminer la rupture de ces conduits ou leur perforation. Il est ordinaire alors de voir survenir une *péritonite suraiguë* qui résulte du passage des calculs et de la bile dans le péritoine, et qui emporte rapidement le malade. Mais dans quelques cas, par suite d'adhérences inflammatoires qui se sont formées

entre les conduits biliaires et un point de l'intestin, l'expulsion au dehors du calcul peut se faire par ce dernier organe, et la terminaison favorable avoir lieu, comme je l'ai indiqué plus haut.

Chez quelques sujets, après avoir produit un plus ou moins grand nombre des accidents déjà décrits, *le calcul reste engagé dans le canal*, et cependant les accès ne se reproduisent pas. Parfois ils sont remplacés par une douleur sourde et continue, et parfois aussi il n'existe plus aucun symptôme. Alors il arrive de deux choses l'une : ou bien la bile parvient à se frayer un passage soit entre le calcul et les parois du canal, soit entre les interstices de plusieurs calculs, ce qui a été démontré par plusieurs autopsies, et c'est surtout alors que toute espèce de symptôme peut disparaître ; ou bien il existe un obstacle permanent au cours de la bile, et alors se manifestent les symptômes de rétention de ce liquide dans la vésicule et dans le foie, symptômes que je décrirai en détail dans l'article suivant.

Quelquefois une *inflammation aiguë* ou *chronique du foie* vient compliquer la maladie : c'est surtout ce qui a lieu dans les cas où le calcul occupe les racines du conduit hépatique.

Enfin, dans d'autres cas, heureusement rares, on a vu les malades succomber au milieu d'une *syncope* produite par l'excès de la douleur.

Telle est la description de la colique hépatique qui est due le plus souvent à l'engagement des calculs dans le canal cholédoque. J'en ai emprunté une bonne partie aux travaux de M. Fauconneau-Dufresne, qui a consulté les principaux faits épars dans les auteurs. On voit cependant qu'elle est bien loin d'avoir la précision désirable, et qu'elle résulte presque tout entière d'appréciations générales dont il serait bon de vérifier l'exactitude par une analyse rigoureuse d'observations exactes, détaillées et nombreuses.

Lorsque l'accès est terminé par suite du passage du calcul dans l'intestin, soit par les conduits biliaires, soit par une perforation de la vésicule et de l'intestin lui-même, il peut survenir quelques accidents dont je dois dire un mot. Les calculs sont quelquefois si nombreux ou si volumineux, qu'ils peuvent déterminer une véritable *obstruction intestinale.* Saunders, J. Frank et plusieurs auteurs ont cité des exemples du passage de calculs d'une grosseur prodigieuse dans l'intestin. Lorsque le volume n'est pas excessif, on conçoit que la simple dilatation des conduits ait suffi pour livrer passage à la concrétion ; mais lorsqu'il égale celui d'un œuf de poule, on a peine à comprendre qu'il en soit ainsi. Aussi, en pareil cas, y a-t-il inflammation de la vésicule, adhérence de cette poche à l'intestin, et perforation des parois des deux cavités.

Les calculs peuvent s'arrêter dans divers points de l'intestin, mais on les trouve le plus souvent vers la valvule du cœcum et dans le rectum. Dans l'un et l'autre cas, les symptômes sont ceux de l'*obstruction intestinale.* Si le calcul est dans le rectum, on peut ordinairement le sentir par le toucher.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est chronique, et l'on n'observe, comme nous l'avons dit, de symptômes évidents, du moins dans les cas ordinaires, qu'à des intervalles plus ou moins éloignés. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est une intermittence irrégulière déterminée par l'engagement plus ou moins fréquent des calculs dans

les canaux par la distension de la vésicule, ou par les diverses lésions auxquelles la seule présence de ces calculs peut donner lieu.

La *durée*, considérée d'une manière générale, est illimitée. La durée des accès de colique hépatique varie de quelques minutes à plusieurs heures, rarement au delà, et la durée des attaques, qui dans quelques cas peut ne pas dépasser celle d'un simple accès, peut aussi se prolonger pendant plusieurs jours.

La *terminaison* est très variable dans les différents cas. Chez un assez bon nombre de sujets, comme nous l'avons vu, les calculs ne produisent aucun phénomène particulier; la maladie dure jusqu'à la mort des malades, causée par une autre affection. Dans les cas où la présence des calculs détermine l'inflammation de la vésicule, ou bien il y a sortie de ces corps étrangers à travers les parois abdominales, et alors l'affection se termine comme nous l'avons vu à l'article *Inflammation de la vésicule biliaire*, ou bien il y a ouverture de l'abcès dans l'intestin, dans l'estomac, et nous avons encore fait connaître dans le même article ce qui se passait dans ces différents cas. A ce sujet j'indiquerai ici un fait qui m'a été communiqué par M. Louis, et dans lequel une pierre du volume d'une noix, ayant déterminé la perforation de l'intestin, laissa une communication directe entre la vésicule et cet organe, ce qui fut constaté par la résonnance gazeuse produite au niveau du réservoir de la bile, où se trouvait une tumeur du même volume que le calcul.

Nous avons vu plus haut qu'on avait attribué la mort à l'inflammation du canal cholédoque, causée par le passage d'une concrétion biliaire à travers ce conduit. La suppuration du foie, produite par la présence d'un calcul dans les racines du conduit hépatique, est également une cause de terminaison funeste, et nous en trouvons une autre dans la rupture des divers conduits et dans la chute des calculs dans le péritoine; faits que nous avons suffisamment indiqués plus haut.

§ V. — Lésions anatomiques.

Dans un bon nombre de cas, on ne trouve aucune lésion anatomique dans la vésicule ni dans les conduits, quoique les calculs soient volumineux ou en nombre considérable. Quelquefois la vésicule présente des parois épaissies; sa muqueuse est ramollie, offre des ulcérations dans divers points, et dans d'autres un épaississement plus ou moins considérable; quelquefois, au contraire, elle est, ainsi que les autres membranes, épaisse et dure, et la vésicule alors ne s'affaisse pas complétement quand on la dépose sur un plan solide. La membrane moyenne présente le plus ordinairement le plus haut point d'hypertrophie et d'induration, et, dans cet état, elle a des fibres apparentes, ce qui a porté quelques auteurs à la regarder comme de nature musculaire. Les lésions de ce genre sont dues à une inflammation chronique. Dans d'autres cas, la membrane muqueuse est lisse et polie, et a perdu son aspect velouté; d'autres fois elle est réticulée, et enfin on l'a trouvée couverte de granulations: c'est encore à une inflammation chronique qu'on doit attribuer ces divers états. Dans le cas observé par M. Louis, et que j'ai cité plus haut, les parois de la vésicule avaient acquis une dureté évidente, ce qui était peut-être dû à une transformation demi-cartilagineuse; mais le fait n'a point été vérifié par l'autopsie.

La vésicule peut se trouver plus ou moins distendue soit par un seul calcul volumineux, ce qui est rare, soit par un grand nombre de calculs. Dans un cas de

colique hépatique qui se termina par la mort, M. le docteur Walker Wood (1) trouva dans la vésicule quatre-vingt-dix-huit calculs, dont quinze ou seize étaient gros comme des féveroles; les autres étaient gros comme des petits pois. Aucun de ces calculs n'était engagé dans les voies biliaires. Quelquefois il n'existe qu'un seul calcul d'un médiocre volume, et cependant les parois de la cavité l'embrassent fortement et lui sont accolés par tous les points; en pareil cas, il y a eu un retrait évident de la poche membraneuse. On a trouvé parfois la vésicule divisée en plusieurs loges par des cloisons plus ou moins complètes et des calculs dans quelques-unes de ces loges. Il n'est pas très rare de voir des adhérences de la vésicule aux organes environnants; parfois aussi, par suite d'une perforation, les calculs sont sortis de cette poche, et sont passés dans une cavité accidentelle formée dans le tissu cellulaire environnant, soit du côté du foie, soit du côté de l'intestin; enfin on peut voir dans celui-ci des traces d'une perforation par laquelle le calcul a passé dans sa cavité. La résonnance gazeuse qu'on observait au niveau de la vésicule, dans le cas qui m'a été communiqué par M. Louis, et que j'ai plusieurs fois cité, ne pouvait pas laisser de doute sur la persistance d'une communication directe entre la cavité de l'intestin et celle de la vésicule, dont les parois s'étaient endurcies.

Les conduits de la bile participent souvent aux diverses lésions que je viens d'énumérer. En outre, ils présentent souvent une dilatation considérable; lorsqu'un calcul engagé dans leur extrémité inférieure a arrêté le cours de la bile, cette dilatation est marquée dans toutes les parties supérieures, sans en excepter la vésicule, qui peut acquérir des dimensions fort grandes. Cette dilatation, par suite de la rétention de la bile, n'a lieu parfois que dans les premiers temps qui suivent l'engagement du calcul et l'oblitération du canal; car plus tard il peut survenir des altérations qui changent complétement l'état des choses; mais c'est un point sur lequel j'aurai à revenir dans un des articles suivants.

Dans la plupart des cas, et surtout dans ceux où, malgré la présence des calculs, le fluide biliaire a pu continuer à couler assez librement, celui-ci ne présente aucune altération appréciable; mais quelquefois il paraît plus épais, plus visqueux, et l'on y a trouvé des paillettes brillantes de cholestérine; dans d'autres cas, au contraire, la bile est décolorée, très fluide et semblable à de la sérosité. Ces altérations se remarquent particulièrement lorsque, par une cause quelconque, le cours de la bile a été interrompu ou considérablement gêné. J'y reviendrai aussi dans un des articles suivants.

Quant aux calculs eux-mêmes, ils ont été étudiés avec le plus grand soin sous tous les rapports. Il me serait facile d'en tracer ici une description très détaillée, mais il y aurait si peu d'utilité sous le point de vue pratique, que je crois devoir me contenter d'énoncer rapidement les principaux caractères de ces corps pierreux. Parfois très nombreux, puisqu'on en a trouvé jusqu'à plus de trois mille (Morgagni), et quelquefois, comme on l'a vu plus haut, au nombre de deux ou trois seulement, ou même d'un seul, ils ont un volume très variable. Le plus gros qui ait été observé, à ma connaissance, est celui qui a été trouvé par Meckel, cité par les auteurs du *Compendium;* cette concrétion n'avait pas moins, en effet, disent ces auteurs, de 15 centimètres de long et de 12 centimètres dans sa grande circon-

(1) *The Lancet*, avril 1844.

férence. Il faut, comme on le pense bien, un volume beaucoup moins considérable pour remplir la vésicule. Quelquefois, au contraire, le volume des calculs ne s'élève pas au-dessus de celui d'un pois, et l'on a trouvé plusieurs fois dans la vésicule une simple poussière semblable à celle qui constitue la gravelle dans les affections des voies urinaires. Mais le plus souvent les calculs ont environ la grosseur d'une petite noisette.

Ils sont ordinairement lisses, onctueux et doux au toucher; leur couleur est verte, jaune, fauve, parfois blanche. Ils présentent quelquefois l'aspect métallique. Leur couleur varie suivant la substance qui entre en plus grande quantité dans leur composition.

Ils ont des formes très diverses : ils sont ovales, pyramidaux, cubiques, le plus souvent pentagones, ce qui résulte évidemment de leur contact quand ils sont en certain nombre dans la vésicule. Il n'est pas fréquent de les voir hérissés d'aspérités ; c'est cependant ce que l'on observe quelquefois, et ce qui se voit principalement dans les calculs volumineux qui ont été longtemps embrassés étroitement par la vésicule, et n'ont pu se développer que dans les points en rapport avec les lacunes muqueuses ; cette conformation coïncide surtout, suivant les auteurs, avec les ulcérations et les diverses formes de l'inflammation chronique de la vésicule.

Ils ont une pesanteur spécifique très variable, et ne surnagent pas tous, à beaucoup près, quand on les met dans l'eau, comme l'ont cru quelques auteurs. Ils ont une consistance différente, suivant qu'ils sont formés de cholestérine ou de matière colorante ; durs dans le premier cas, ils sont mous dans le dernier.

Ordinairement homogènes, formés soit de matière colorante verte, ce qui est le cas le plus commun, soit de cholestérine, ils peuvent avoir cette dernière substance comme noyau, tandis que la circonférence est formée par la matière colorante.

Mais je ne crois pas devoir entrer dans les détails donnés par les auteurs sur ce sujet, attendu qu'ils n'ont pas pour nous d'importance pratique réelle. Je me crois également dispensé d'exposer l'analyse chimique, qu'on trouvera facilement dans les ouvrages de Fourcroy, de Baillie (1) et des docteurs Marcet (2), Bouisson (3), Fauconneau-Dufresne (4).

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Le *diagnostic* des calculs biliaires est presque toujours impossible lorsque l'affection ne donne pas lieu à la colique hépatique ou à l'inflammation de la vésicule. Quelquefois cependant on a pu, par suite de la distension de cette poche, reconnaître la présence des calculs par la palpation et par la percussion ; mais ces cas sont rares, et il suffit de les mentionner sans y insister davantage.

Dans les cas où les calculs ont produit l'*inflammation de la vésicule*, c'est celle-ci qui attire principalement l'attention, et nous avons vu plus haut (5) qu'il est impossible de s'assurer directement si cette inflammation est due ou non à la présence des calculs. Toutefois on devra regarder le fait comme extrêmement

(1) *Anatomie pathologique*.
(2) *Essai sur les affect. calculeuses*; Paris, 1823, in-8.
(3) *De la bile, de ses variétés physiologiques, de ses altérations morbides*; Montpellier, 1843, in-8.
(4) *Revue médicale*, 1841. — *La Bile et ses maladies*, in *Mémoires de l'Acad. de médec.*; Paris, 1847, t. XIII.
(5) Voy. article *Inflammation des voies biliaires*.

probable, puisque, comme nous l'avons constaté, c'est presque toujours à la présence des calculs qu'est due l'inflammation. Reste maintenant le diagnostic des calculs engagés dans les conduits biliaires et produisant la colique hépatique.

On pourrait confondre la colique hépatique, à son début, avec une *péritonite commençante*, et surtout avec une *péritonite par perforation*. Dans ces deux affections, en effet, il y a une douleur violente qui s'est brusquement produite, et nous avons vu que, dans la colique hépatique, on pouvait observer des vomissements opiniâtres, une sensibilité vive de l'abdomen, une anxiété considérable, et même le froid des extrémités. Mais à une époque plus avancée, il est rare qu'on éprouve quelque difficulté à poser le diagnostic. Nous avons dit, en effet, que la colique hépatique se manifestait par des accès plus ou moins éloignés qui constituaient une attaque, et que si l'obstacle au cours de la bile persistait, l'ictère ne tardait pas à survenir. On observe en outre, au début des deux affections, des signes différentiels qui, bien que n'ayant qu'une valeur incomplétement appréciée, méritent d'être mentionnés. Nous avons vu que souvent le pouls restait calme au milieu des symptômes si violents de la colique hépatique; or c'est ce qui n'arrive jamais dans la péritonite par perforation. De plus, s'il est vrai que, dans la colique hépatique, la douleur peut s'étendre à tout l'abdomen et déterminer une sensibilité marquée de cette cavité, on n'observe pas cette invasion rapide d'une douleur excessive et ne permettant pas le moindre contact sur les parois abdominales, qui caractérise la péritonite par épanchement; c'est, au reste, ce dont on peut s'assurer dans les cas où, dans le cours d'un accès de colique hépatique, il y a eu rupture du conduit et passage des calculs et de la bile dans le péritoine. Malheureusement les observations de ce genre n'ont pas été recueillies avec tout le soin désirable.

On a indiqué encore l'*iléus* comme pouvant être confondu avec la colique hépatique. Nous avons vu dans la description des maladies du tube intestinal (1) que ce mot *iléus* est un nom générique appliqué à des affections diverses qui ont pour résultat l'interruption du cours des matières fécales, et par suite des accidents graves. Ce sont ces accidents, considérés d'une manière générale, qui peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic. Voici ce que disent à ce sujet les auteurs du *Compendium* (2). « Nous avons été témoins de deux faits qui montrent jusqu'à quel point le diagnostic entre ces deux affections peut être difficile à établir. Deux malades qui n'avaient jamais eu de jaunisse ni de douleurs hépatiques furent pris tout à coup de tous les phénomènes qui révèlent cet étranglement interne; on était encore dans le doute sur la nature du mal, que l'on traitait du reste comme un iléus, lorsque les douleurs cessèrent brusquement chez l'un d'eux à la suite de l'émission de calculs par le vomissement. Chez l'autre, un ictère apparut, et il fut entièrement délivré de son mal. Nous avons entendu M. Chomel citer des faits analogues. »

Il n'est donc pas douteux que quelques cas embarrassants peuvent se présenter au praticien; mais il ne suffit pas d'indiquer ce diagnostic difficile, il faut encore mentionner les signes propres à lever les difficultés. S'il s'agit de l'*invagination intestinale*, la déformation du ventre, la tumeur, la douleur dans un point de l'abdomen, servent à fixer le diagnostic. S'il y a *engouement intestinal*, on observe également la tumeur formée par l'accumulation des matières fécales, et l'on

(1) Voy. t. II, articles *Étrangl. intest.* et *Invagin. intest.*

(2) T. Ier, *Calculs biliaires*, p. 667.

a en outre, pour se guider, la marche plus lente de l'affection. Reste donc l'*étranglement interne* proprement dit, et surtout *celui qui est causé par le passage d'une anse d'intestin sous une bride.* En pareil cas, le ballonnement rapide du ventre est le phénomène le plus important à noter sous le point de vue du diagnostic ; reconnaissons, du reste, que ce sujet demande une étude beaucoup plus approfondie que celle qu'on en a faite jusqu'à présent.

Parmi les névralgies qui peuvent rendre le diagnostic difficile, on a encore cité la *névralgie hépatique ;* mais je ne crois pas devoir en parler ici, parce que, un peu plus loin, j'entrerai dans une discussion qui me paraît nécessaire sur l'existence de cette névralgie, et qu'il sera temps alors de revenir sur ce point.

On a également cherché à établir des signes distinctifs entre la colique hépatique et les *accidents occasionnés par certains calculs dans la cavité intestinale ;* mais ces derniers cas sont si rares, qu'il est peu important de s'en occuper, d'autant plus que nous n'avons à cet égard que des données extrêmement vagues.

Reste enfin la *colique néphrétique.* Ici les difficultés peuvent être fort grandes, surtout lorsque les douleurs sont occasionnées par l'engagement d'un gravier volumineux dans l'uretère. La douleur se produit brusquement, elle a les mêmes caractères, et l'anxiété du malade est la même. D'un autre côté, nous avons vu plus haut que, dans quelques cas, les douleurs de la colique hépatique s'étendaient précisément dans la direction de l'uretère du côté droit. Voici néanmoins les signes propres à faire éviter l'erreur :

D'abord, s'il est vrai de dire que, dans quelques cas, la direction et l'étendue de la douleur sont les mêmes, il n'est pas moins certain que ces cas sont fort rares. En second lieu, si l'on interroge convenablement le malade, on apprend qu'à des époques antérieures il a rendu avec les urines des graviers plus ou moins nombreux et volumineux. On observe la rétraction du testicule ; l'urine est peu abondante, son excrétion est souvent difficile, on y trouve parfois un peu de sang ; enfin, dans le cas où il existe une néphrite calculeuse, on constate un mouvement fébrile qui ne se rencontre pas dans la colique hépatique ; et nous avons vu que, d'autre part, l'ictère est un phénomène fréquent de cette dernière, tandis qu'il ne se produit pas dans la colique néphrétique.

Un autre diagnostic a été établi par J. Frank ; c'est celui que l'on est quelquefois appelé à poser entre la colique hépatique et l'*empoisonnement par les poisons minéraux*. Suivant cet auteur, voici comment on évite l'erreur dans cette circonstance importante :

Dans la colique biliaire, il y a des prodromes, le vomissement est modéré et a lieu par accès, la douleur est bornée à l'hypochondre et à l'épigastre : les matières évacuées ne présentent pas de traces de poison, et les commensaux du malade n'ont éprouvé aucun accident ; tandis que dans l'empoisonnement l'invasion est subite, les vomissements continuels et immodérés, et la douleur de ventre générale. En outre, les matières contiennent des traces de poison, et ceux qui ont mangé avec les malades éprouvent les mêmes accidents. Ce diagnostic différentiel a une valeur réelle. Seulement l'auteur attache trop d'importance à l'invasion rapide de la maladie, qui a lieu, à n'en pas douter, dans un bon nombre de cas de colique hépatique, aussi bien que dans l'empoisonnement.

On voit, d'après ces détails, que le diagnostic des calculs biliaires qui déter-

minent des accidents graves a été étudié avec plus de soin que celui des autres affections des voies d'excrétion de la bile, et cependant il laisse encore beaucoup à désirer, tant les recherches sur tout ce qui concerne les maladies du foie sont incomplètes et insuffisantes.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la colique hépatique et de la péritonite par perforation.*

COLIQUE HÉPATIQUE.	PÉRITONITE PAR PERFORATION.
Se montre par accès.	Symptômes continus.
S'accompagne plus ou moins promptement d'ictère.	*Point d'ictère.*
La douleur occupe l'hypochondre et l'épigastre; *le ventre reste indolore* ou n'acquiert qu'une sensibilité à la pression ordinairement médiocre.	Douleurs très vives dans le point de la perforation, *s'étendant rapidement au reste de l'abdomen.*
Pouls *ordinairement calme*, à moins que l'anxiété ne se prolonge très longtemps.	Pouls *très accéléré*, petit, misérable.

2° *Signes distinctifs de la colique hépatique et de l'iléus.*

COLIQUE HÉPATIQUE.	ILÉUS.
Affection *souvent subite.*	Les symptômes, très graves, sont ordinairement *précédés d'un état maladif* de plus ou moins longue durée.
Ictère.	*Pas d'ictère.*
Pas de déformation de l'abdomen. *Pas de tumeur.*	*Dans l'invagination intestinale et l'engouement*, tumeur, *déformation du ventre; dans l'étranglement* par une bride, *météorisme* ordinairement rapide.

3° *Signes distinctifs de la colique hépatique et de l'empoisonnement par les poisons minéraux* (diagnostic posé par J. Frank).

COLIQUE HÉPATIQUE.	EMPOISONNEMENT.
Prodromes (signe douteux).	Invasion *subite.*
Vomissements *modérés, par accès.*	Vomissements *immodérés, continuels.*
Douleurs se portant de *l'hypochondre droit à l'épigastre.*	Douleur *générale* du ventre.
Les matières évacuées ne contiennent *pas de traces de poison.*	Les matières vomies contiennent des *traces de poison.*
Ceux qui ont mangé avec le malade n'éprouvent *aucun accident.*	Ceux qui ont mangé avec le malade éprouvent *les mêmes accidents.*

Pronostic. On pourrait croire, d'après les détails qui ont été présentés plus haut, que les calculs biliaires doivent être considérés comme une affection très grave : il n'en est cependant rien; car si les accidents que nous avons décrits sont très effrayants, et peuvent avoir parfois des résultats funestes, il ne faut pas oublier que, d'une part, ils se montrent dans la plus faible partie des cas de calculs biliaires, et, d'autre part, ils se terminent presque toujours par le retour à la santé. Ce n'est que dans des cas qu'on peut regarder comme exceptionnels que les lésions concomitantes du foie, l'inflammation de la vésicule, la rupture des canaux entraînent la mort; il suffit néanmoins que cette terminaison puisse avoir lieu, pour qu'après une première attaque de colique hépatique, le malade se soumette aux précautions les plus sévères. Nous avons vu plus haut que le pro-

nostic devient grave lorsque les attaques se prolongent beaucoup et qu'un dépérissement marqué commence à se manifester.

§ VII. — Traitement.

Le traitement doit être divisé en traitement de l'affection calculeuse elle-même, et en traitement de l'attaque de colique hépatique.

1° *Traitement de l'affection calculeuse.* On est autorisé à entreprendre le traitement curatif des calculs biliaires, soit lorsque la présence de ces concrétions peut être déterminée par l'exploration directe, soit lorsque le malade a eu une première attaque de colique hépatique. M. Fauconneau-Dufresne (1) pose ainsi les deux indications principales à remplir pour atteindre ce but :

1° Dissoudre les calculs qui restent dans les voies biliaires ;

2° Empêcher qu'il ne s'en forme de nouveaux.

Éther; térébenthine. Parmi les médicaments qui ont été prescrits contre les calculs biliaires, il faut d'abord citer le *remède de Durande* (2), à cause de la célébrité dont il a joui. Ce remède est le suivant :

Remède de Durande.

℞ Essence de térébenthine................ 8 gram.

Faites dissoudre dans :

Éther sulfurique....................... 12 gram.

A prendre à la dose de 2 à 4 grammes par jour, dans du bouillon.

Après l'administration du remède, qui a lieu le matin, on fait boire du petit-lait ou du bouillon de veau avec suffisante quantité de sirop de chicorée ou de violette. On doit continuer l'usage de ce moyen jusqu'à ce qu'on ait pris *cinq cents grammes* du mélange d'éther et de térébenthine. S'il survient une douleur marquée du côté du foie, ou des signes d'irritation de l'estomac, il faut suspendre l'administration du médicament.

On doit en même temps prescrire un *régime doux*, composé de viandes blanches rôties ou bouillies, de fruits, de légumes frais et de boissons délayantes. Lorsque les principaux signes de la présence du calcul ont disparu, on termine le traitement par l'administration de quelques purgatifs doux.

M. Martin-Solon (3) a modifié ainsi qu'il suit la formule de Durande :

℞ Essence de térébenthine.... 10 gram. | Éther.................... 5 gram.

Cette formule diffère par la plus faible proportion de l'éther.

Durande a cité plusieurs observations à l'appui de ce traitement. Mais, d'une part, ainsi que l'ont remarqué MM. Trousseau et Pidoux, beaucoup d'éléments ont nécessairement manqué au diagnostic, de telle sorte que, dans la plupart des cas, il a dû être non seulement difficile, mais impossible de constater la présence des calculs dans la vésicule biliaire; et, d'autre part, Durande et les médecins qui ont suivi son traitement ont employé, outre le mélange de térébenthine et d'éther,

(1) *Mémoire sur les calculs biliaires.*
(2) *Obs. sur l'effic. du mélange d'éther sulf. et d'huile de térébenth.*, etc.; Strasb. 1790.
(3) *Bull. gén. de thér.*, 15 avril 1849.

des moyens qui suffisent, dans la plupart des cas, pour faire disparaître, soit momentanément, soit pour toujours, les accidents graves ou légers auxquels donnent lieu les calculs biliaires. De nouvelles recherches sont donc absolument nécessaires, et il faut convenir qu'elles sont très difficiles.

On a en outre reproché au remède de Durande de déterminer une irritation plus ou moins vive de l'estomac et d'être rejeté par le vomissement, comme cela est arrivé dans des cas observés par M. Bricheteau. Sœmmerring a proposé, pour remédier à ces inconvénients, de supprimer l'essence de térébenthine, qui lui paraît inutile, et de donner seulement un *mélange d'éther sulfurique et de jaune d'œuf;* et de Gardane, cité par M. Fauconneau-Dufresne, a conseillé la préparation suivante, qui, en conservant l'essence de térébenthine, n'a pas, suivant ce médecin, les inconvénients précédemment indiqués :

℞ Sirop de guimauve..........	45 gram.	Essence de térébenthine. de 6 à	10 gram.
Eau distillée.......	15 gram.	Éther sulfurique............	8 gram.

Mêlez. Dose : une cuillerée tous les matins.

J'ai insisté sur l'emploi de ce remède, parce que, comme je l'ai dit plus haut, il a joui d'une très grande réputation, et que des hommes du premier ordre, tels que Haller, Sœmmerring, Fourcroy avaient en lui une grande confiance; mais il ne peut pas être douteux pour nous que la plus grande partie de la vogue de ce remède ne soit due aux idées théoriques qu'on s'est formées sur son action. C'est, en effet, en se fondant sur la propriété qu'ont les substances qui entrent dans ce mélange de dissoudre la matière grasse des calculs biliaires, qu'on a regardé le remède de Durande comme efficace; or, quand même nous n'aurions pas, pour nous tenir en garde contre cette manière de voir, les objections présentées par M. Thénard et reproduites par M. Fauconneau-Dufresne, objections qui reposent sur l'impossibilité qu'éprouve le mélange à arriver pur et en quantité suffisante sur les calculs, nous n'en devrions pas moins exiger des recherches cliniques mieux faites que celles qui ont été publiées jusqu'à présent.

Un remède qu'on peut rapprocher du précédent, et qui a été administré aussi bien dans l'intention de déterminer la cure radicale des calculs biliaires que dans celle de mettre un terme aux coliques hépatiques, est celui qui a été recommandé par le docteur Rinna von Sarenbach (1), et qui consiste dans un *mélange de térébenthine, de savon, de rhubarbe et de ciguë aquatique;* il suffit d'indiquer ce moyen, sur lequel l'expérience ne nous a pas suffisamment fixés.

Il en est de même du *savon térébenthiné*, recommandé par J. Frank (2), et que l'on obtient de la manière suivante :

℞ Huile d'amandes douces. } Térébenthine .... }	àà 30 gram.	Huile de térébenthine........	20 gram.
		Soude caustique............	30 gram.

Liquéfiez la térébenthine avec l'huile d'amandes douces. Après un léger refroidissement, ajoutez l'huile de térébenthine, et peu à peu ensuite la soude réduite en poudre très fine, jusqu'à ce que vous obteniez une masse savonneuse. Si l'alcali prédominait, ajoutez de l'huile de térébenthine en quantité nécessaire pour le saturer.

Pour l'administration du médicament :

(1) *Repert. der verls. Operat.*, etc.; Wien, 1836.
(2) *Prax. med.*, pars III, *De calcul. bil.*

℞ Savon térébenthiné........ 4 gram. | Extrait de pissenlit....... 30 gram.

Mêlez exactement. Faites des pilules de 15 centigrammes. Dose : de 4 à 8, deux fois par jour.

Alcalins. Viennent ensuite les médicaments *alcalins*, mis en usage par un grand nombre de médecins, toujours dans des idées théoriques empruntées à la chimie. L'*acétate*, le *carbonate*, l'*hydrochlorate de potasse*, ont été prescrits à des doses variables. Arnemann faisait prendre matin et soir *de deux à quatre grammes de carbonate de potasse*. On a quelquefois prescrit l'acétate conjointement avec une autre préparation qui jouit d'une grande réputation contre les coliques hépatiques, c'est le *suc d'herbes fondant*. Voici comment on doit formuler ce mélange :

Suc d'herbes fondant alcalin.

℞ Chicorée.........} Pissenlit..........} āā parties égales. | Laitue............} Cerfeuil..........} āā parties égales.

Pour obtenir 120 grammes de suc d'herbes, ajoutez :

Acétate de potasse..................... 4 gram.

A prendre en deux fois, le matin à jeun.

Sœmmerring avait une grande confiance dans les sels alcalins, et prescrivait l'*hydrochlorate d'ammoniaque*, *de soude*, *de potasse*, ou bien *l'acétate de potasse*. R. Whytt recommandait l'usage de l'*eau de chaux*, que l'on peut donner à la dose de 4 à 8 grammes, deux fois par jour, dans une tasse de lait.

Il est tout naturel qu'on ait prescrit les *eaux minérales alcalines*. Aussi a-t-on recommandé fortement les eaux de Vichy, de Saint-Nectaire, de Carlsbad, de Plombières, de Bussang ; celles de Baden, de Balaruc, etc. Les eaux de Carlsbad, en particulier, jouissent de la plus grande réputation en Allemagne, et celles de Vichy sont recommandées en France dans les cas de calculs biliaires aussi bien que dans les obstructions du foie (1). Ces eaux doivent être prises en *bain* et en *boisson*.

Tels sont les principaux moyens qui ont été proposés pour faire disparaître complétement les calculs ; mais nous avons vu dans le cours de cette exposition combien il était incertain qu'on eût quelquefois atteint ce but. Cependant j'ai cru devoir indiquer ces médications, afin qu'on pût les soumettre à une nouvelle expérimentation. Restent maintenant d'autres moyens proposés par quelques auteurs isolés, et qui n'ont même pas pour eux la confiance des praticiens : il me suffit, par conséquent, de les mentionner en passant. Ce sont : la racine de la *grande chélidoine*, proposée par Creutzbauer, de *pareira brava*, vantée par Geoffroy (2) ; l'*acide nitrique*, proposé par Richelmi, et même le *suc des mille-pieds* et des *lombrics terrestres*.

2° *Traitement de la colique hépatique. — Émissions sanguines*. Les émissions sanguines ont été proposées par un certain nombre d'auteurs. Quelques uns, parmi lesquels il faut citer J. Frank, prescrivent la *saignée générale*, mais c'est une pratique qui est rarement imitée. En général, on préfère l'application d'un nombre plus ou moins considérable de *sangsues* sur l'hypochondre droit et au niveau de la

(1) Voy. Ch. Petit, *De l'action des eaux minérales de Vichy*, etc.; Paris, 1850.
(2) *Hist. de l'Acad. des sciences*, 1710.

vésicule biliaire. Morgagni recommande l'application des sangsues, principalement dans le but de prévenir l'inflammation. Les *ventouses scarifiées* pourraient être appliquées au nombre de huit, dix ou douze, à plusieurs reprises et avec les mêmes avantages.

Narcotiques. Il n'est pas de médicament qui soit plus généralement mis en usage que les narcotiques, et on le conçoit sans peine, puisqu'il s'agit d'une affection où les douleurs sont si violentes. L'*opium* est administré à la dose de *trois à cinq centigrammes* et à plusieurs reprises dans la journée. On peut en même temps ordonner le lavement suivant :

℞ Infusion de fleurs de camomille	180 gram.	Laudanum de Sydenham	1,25 gram.
		Huile d'olive	30 gram.

Pour un lavement.

Van-Swieten, Quarin (1) et Portal insistent sur l'utilité de cette médication. Il ne faut pas craindre, en élevant la dose de l'opium, de déterminer un certain degré de narcotisme dans les cas où les douleurs sont excessives. Toutefois il ne serait pas prudent de porter cette dose à plus de 20 centigrammes d'opium par jour, et encore faudrait-il avoir soin de le donner à doses fractionnées.

Le docteur Lolatte (2) a beaucoup vanté la *belladone* dans ce qu'il a appelé l'*ictéricie calculeuse*. Cette substance doit être administrée en extrait aux mêmes doses ou à des doses un peu plus élevées que l'opium, et, en outre, on pratiquera des *onctions*, sur toute l'étendue de la région hépatique, avec la pommade suivante :

℞ Axonge	60 gram.	Extrait de belladone	10 gram.

Mêlez exactement.

Le docteur Rinna de Sarenbach insiste principalement sur l'utilité de ce moyen.

La *jusquiame noire*, le *lactucarium* et les autres narcotiques peuvent être prescrits d'une manière analogue.

Les *lavements de tabac* ont été recommandés par le docteur Craigie (3); ils ont pour but, non seulement d'engourdir la douleur, mais encore de faciliter la sortie du calcul des voies biliaires.

Antispasmodiques. Les *antispasmodiques* ont été aussi fortement recommandés. Hufeland et le docteur Rinna recommandent l'*eau de laurier-cerise.* M. Bricheteau (4) préfère à l'emploi de l'opium celui de la *teinture de castoréum*, que l'on peut prescrire ainsi qu'il suit :

℞ Eau distillée de tilleul	120 gram.	Sirop de fleurs d'oranger	30 gram.
Teinture éthérée de castoréum.	2 gram.		

A prendre par cuillerées.

Purgatifs. Les *purgatifs* sont d'un usage habituel, et ils ont été recommandés par tous les auteurs; mais ce n'est jamais, ou presque jamais, aux purgatifs violents qu'on a eu recours. On s'est contenté le plus souvent de donner l'*huile de ricin* à la dose de 30 à 40 grammes; le *sulfate de magnésie* ou de *soude* à la dose

(1) *Advers. Pract.*, 1814.
(2) *Osservat. medico di Napoli*, settemb. 1833.
(3) *Lond. medic. and surg. Journ.*, octobre 1824.
(4) *Mém. de la Soc. méd. d'émul.*, t. IX.

de 15 à 20 grammes, et d'autres laxatifs qui n'ont rien de particulier. Le but qu'on se propose est de déterminer une sécrétion plus abondante de bile qui, poussant les calculs, les fasse tomber dans l'intestin.

Le *calomel*, qui a été préconisé par quelques auteurs, ne mérite, d'après Heberden (1), aucune préférence, et même doit être abandonné, pour recourir aux autres purgatifs. Ceux qui l'ont administré ne l'ont guère donné qu'à la dose de *quarante à cinquante centigrammes*, c'est-à-dire à dose minorative.

Vomitifs. Quant aux *vomitifs*, s'ils ont trouvé quelques approbateurs, il y a eu un bien plus grand nombre de médecins qui les ont proscrits. Parmi les premiers, il faut citer Saunders, qui voulait qu'on donnât de faibles doses d'*ipécacuanha*, et Cullen (2), qui recommande les vomitifs, à cause des mouvements qui, comprimant les viscères de l'abdomen, peuvent contribuer à l'expulsion de la bile. Mais parmi ceux qui ont rejeté l'emploi de ce moyen, nous comptons F. Hoffmann et Morgagni, qui se sont fondés sur des cas d'hématémèse et de rupture des conduits biliaires, accidents mortels dont quelques cas ont été cités, et qui ont été attribué aux secousses produites par les vomitifs. Peut-être a-t-on attribué à tort à l'action fâcheuse de ces médicaments ce qui n'était que l'effet d'une simple coïncidence. Toutefois, dans le doute où nous sommes, il est prudent de s'abstenir de cette médication, malgré les avantages qu'on lui a supposés. Il est même nécessaire, lorsque les vomissements sont opiniâtres et fatiguent beaucoup les malades, d'avoir recours à des moyens propres à les faire cesser.

Antivomitifs. C'est dans ce but qu'on prescrit la *potion antivomitive de Rivière*, ou bien celle de De Haen, qui a en outre l'avantage de contenir des substances antispasmodiques et narcotiques. Voici sa composition :

Potion antivomitive de De Haen.

℞ Carbonate de chaux......	2 gram.	Laudanum de Sydenham...	1 gram.
Sirop de limon..........	32 gram.	Eau de menthe...........	32 gram.
Liqueur d'Hoffmann.....	0,4 gram.	Eau de mélisse...........	96 gram.

A prendre par cuillerées.

L'*eau de Seltz*, la *limonade gazeuse*, doivent être également prescrits dans ce but.

La *glace* a été aussi mise en usage, et l'on a eu recours au froid, non-seulement *à l'intérieur*, mais encore à l'*extérieur*. M. Bricheteau en particulier (3) recommande l'ingestion fréquente de petites quantités de glace. Pour l'*application externe*, on met des fragments de glace dans une vessie qu'on applique sur l'hypochondre.

Émollients. Mais dans le plus grand nombre des cas, on a recours aux *boissons* et aux *applications émollientes*. L'infusion de mauve, de sureau, etc., est donnée à une température modérée, et des fomentations ou des cataplasmes sont appliqués sur toute la région hépatique.

Je n'ai point indiqué l'*électricité*, dont le docteur Hall (4) vante les bons effets, parce que nous n'avons aucun détail sur l'emploi de ce médicament qui n'a pas été mis en usage par d'autres médecins.

(1) *Medic. Transact.*, t. II ; London, 1772.
(2) *First lines*, etc., 1826.
(3) *Clin. de l'hôpital Necker* : Paris, 1836.
(4) *The Americ. Records*, etc., 1821.

Précautions générales ; régime ; hygiène. Il est inutile de dire que pendant les accès de colique hépatique le malade doit être tenu au *régime le plus sévère.* Une fois l'accès passé, et lorsqu'il ne reste plus qu'une légère douleur locale avec la faiblesse qui est la suite naturelle de ces attaques, il doit suivre un *régime doux*, se livrer à un *exercice modéré*, éviter toute contention d'esprit, et attendre, pour reprendre ses occupations, que les accidents dont nous avons parlé ne laissent plus aucune trace. Comme, malgré les assertions de quelques auteurs, nous ne savons nullement quelles sont les substances dont l'usage favorise le développement des calculs biliaires, nous n'avons rien de plus à dire sur le régime.

3° *Moyens chirurgicaux.* C'est à J.-L. Petit qu'on rapporte l'idée d'ouvrir la vésicule pour faire l'*extraction des calculs de la vésicule biliaire*, comme on le fait pour les calculs de la vessie ; mais beaucoup d'auteurs ont eu le tort de lui attribuer l'opinion que l'emploi de ce moyen chirurgical est propre à la plupart des cas. J.-L. Petit, en effet, n'a proposé l'opération que lorsque les calculs biliaires peuvent être facilement reconnus, et, ce qu'il importe bien plus encore de constater, lorsque l'on peut s'assurer que des adhérences se sont produites entre la vésicule biliaire et la paroi abdominale. Or ces cas, comme on le voit, rentrent précisément dans ceux où l'inflammation s'est emparée de la vésicule biliaire, et où l'on doit agir, par conséquent, comme nous l'avons indiqué en parlant de cette dernière affection. Ce qui prouve que telle était réellement l'opinion de J.-L. Petit, c'est l'attention qu'il met dans le diagnostic à rechercher l'empâtement, la rougeur des tissus au niveau de la vésicule biliaire, empâtement et rougeur qui, ainsi que nous l'avons vu, indiquent la formation d'un abcès. Boyer (*loc. cit.*) est plus explicite encore, et veut que l'ouverture ne soit pratiquée que dans les cas d'abcès bien confirmé. C'est à cette dernière opinion que se sont arrêtés la plupart des praticiens ; cependant quelques uns, parmi lesquels il faut citer le professeur Chelius, pensent qu'on peut opérer alors même que la vésicule n'a acquis aucune adhérence, et seulement lorsqu'une tumeur de la vésicule contenant des calculs se manifeste, en même temps que des accès violents de colique hépatique. Chelius propose à ce sujet un procédé d'ouverture de la tumeur qui tient en partie de celui de M. Bégin et de celui de M. Jobert (1). Voici ce procédé.

PROCÉDÉ DE CHELIUS.

Faites à la peau qui recouvre la tumeur une incision de 4 à 5 centimètres ; coupez ensuite les muscles dans une étendue d'autant moindre que vous vous rapprocherez du péritoine. Arrivé à cette membrane, portez le doigt dans le fond de la plaie, et assurez-vous par là si la vésicule est ou n'est pas adhérente ; dans ce dernier cas, ou seulement s'il existe quelque doute, au lieu de continuer l'incision avec le bistouri, plongez dans la tumeur un trois-quarts fin, et laisez sa canule dans l'intérieur de la vésicule pendant tout le temps nécessaire pour la formation des adhérences.

J'ai indiqué ce procédé, mais sans prétendre qu'on doit y avoir recours ; car, ainsi que nous l'avons dit plus haut, rien ne prouve que l'extraction des calculs doive être faite lorsqu'il n'y a pas eu formation d'un abcès, seul signe positif de la

(1) *Voy.* p. 162 et 197.

production d'adhérences solides. Il serait inutile d'insister sur cette partie du traitement qui demande de nouvelles recherches de la part des chirurgiens.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement pour la cure radicale des calculs.* Remède de Durande; savon térébenthiné; solutions alcalines; eaux minérales salines.

2° *Traitement de la colique hépatique.* Émissions sanguines; narcotiques; antispasmodiques; purgatifs; vomitifs; antiémétiques; applications émollientes; régime; soins hygiéniques.

3° *Moyens chirurgicaux.* Ouverture de la vésicule par le procédé du professeur Chelius.

ARTICLE III.

RÉTENTION DE LA BILE.

La plupart des auteurs modernes ont étudié séparément les divers états pathologiques qui peuvent donner lieu à la rétention de la bile, sans faire de cette rétention une affection particulière qui mérite d'être étudiée à part. Cependant, si l'on examine la question sous le point de vue pratique, on voit qu'il est tout aussi nécessaire de considérer cette rétention de la bile comme une affection particulière (1), que de consacrer un article séparé à la *rétention d'urine.* Les divers états organiques, très intéressants à étudier en détail pour l'anatomie pathologique, ne remplissent plus pour le praticien que le simple rôle de causes efficientes; c'est ce qu'avait très bien senti J.-L. Petit, qui a présenté dans un article de son *Mémoire* (2) le parallèle de la rétention de la bile et de la rétention d'urine. C'est donc sous ce point de vue que nous allons étudier l'accumulation de la bile dans la vésicule, par suite d'un obstacle quelconque à son écoulement dans l'intestin.

§ I. — Division.

La rétention de la bile se fait *dans le foie* ou *dans la vésicule*, ou *dans ces deux parties à la fois*, suivant le point des voies biliaires où se trouve l'obstacle qui en est la cause. Si l'obstacle occupe le *canal cystique*, la rétention a lieu seulement dans la vésicule. Si le *canal hépatique* est seul obstrué, il y a rétention de la bile dans le foie, et la vésicule, au contraire, est vide. Enfin, si les obstacles occupent *ces deux conduits à la fois*, ou, ce qui est bien plus fréquent, s'ils ont leur siége *dans le canal cholédoque*, il y a à la fois rétention de la bile dans la vésicule et dans le foie.

Cette division est très importante, car si la rétention de la bile dans la vésicule peut, dans certains cas, être assez facilement reconnue, il n'en est plus de même de la simple rétention de la bile dans le foie, et l'on aurait tort, par conséquent, de conclure de l'impossibilité du diagnostic dans certains cas à l'impossibilité dans tous.

§ II. — Causes.

Parmi les affections que nous avons déjà étudiées, il en est une qui est une cause assez fréquente de la rétention de la bile : ce sont les *calculs biliaires;* et, en pareil cas, la rétention peut être momentanée ou permanente. Elle est mo-

(1) FAUCONNEAU-DUFRESNE, *De la Bile et de ses maladies*, dans *Mém. de l'Acad. de médec.*, t. XIII, p. 144.
(2) *Loc. cit.*, art. II, p. 128.

mentanée lorsque l'attaque se termine par la chute du calcul dans l'intestin, et *permanente* lorsque le calcul s'établit à demeure dans un des conduits biliaires.

Nous avons vu à l'article *Vers intestinaux* que, d'après quelques auteurs, des *lombrics* peuvent s'introduire dans les voies biliaires pendant la vie. On conçoit que si le lombric est volumineux, il peut en résulter une occlusion du conduit, et, par suite, rétention de la bile. Lieutaud (1) cite un exemple curieux d'*occlusion du canal cholédoque* par un ver lombric volumineux, occlusion qui avait déterminé la rétention de la bile dans la vésicule et dans le foie.

Une *compression exercée*, soit par des *brides cellulo-fibreuses* résultant d'une inflammation des organes environnants, soit par une *tumeur*, peut donner lieu aux mêmes résultats.

On a trouvé les conduits biliaires complétement effacés, par suite de l'*adhésion de leurs parois entre elles ;* et cette adhésion a été naturellement attribuée à une inflammation ; d'après les recherches de Baillie (2), c'est le canal cholédoque qui est le plus souvent affecté de cette occlusion.

L'*inflammation aiguë* des canaux biliaires peut produire la distension de la vésicule par la bile, et même la rupture de cette poche. M. Andral en rapporte un exemple dans sa *Clinique*. Cet auteur range aussi parmi les causes de l'oblitération des voies biliaires l'*inflammation violente du duodénum*.

On doit ajouter à ces causes les *tumeurs* de ce dernier organe, ayant leur siége au niveau de l'ouverture du canal cholédoque, et surtout les *tumeurs de nature cancéreuse*. Ces tumeurs peuvent même se développer *dans le canal cholédoque* lui-même, comme M. Cossy en a recueilli un exemple à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Louis.

On a encore regardé comme pouvant donner lieu à la rétention de la bile, par suite de l'occlusion des voies biliaires, la *contraction spasmodique des canaux*. Ce qui a fait admettre cette opinion, c'est l'apparition de l'ictère et parfois de l'accumulation de la bile dans la vésicule, à la suite d'une émotion vive ; mais c'est là une question sur laquelle j'aurai à revenir lorsque je présenterai la description de l'*ictère simple* ou *spasmodique*.

Reste maintenant une cause dont l'existence n'est pas aussi généralement admise : c'est l'*invagination du canal cholédoque*. M. Mec-Kreen, cité par les auteurs du *Compendium*, dit avoir vu un cas de rupture de la vésicule qui n'avait pas d'autre cause que cette invagination.

Quant à la rétention de la bile occasionnée par le *simple épaississement de ce liquide*, on ne saurait l'admettre, puisque Portal, le seul qui l'ait indiqué, n'a cité aucun fait concluant en faveur de l'existence de cette cause.

Telles sont les principales causes organiques de la rétention de la bile ; il faut appliquer à toutes ce que j'ai dit plus haut à propos du siége de l'oblitération. Les principaux accidents consécutifs dépendent, en effet, uniquement du point occupé par l'oblitération, et nullement de la nature de l'obstacle.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes sont, je le répète, très différents, suivant que l'obstacle occupe tel ou tel conduit ; il importe donc de suivre ici la division tracée plus haut.

(1) *Hist. anatom. medic.*, t. Ier, p. 210.
(2) *Anat. pathol.*

1° *Rétention de la bile par suite d'un obstacle dans le canal hépatique.* C'est là l'espèce la plus difficile à reconnaître. Les signes auxquels elle donne lieu, quelle que soit la nature de l'obstacle, sont une *gêne*, une *pesanteur*, quelquefois une *douleur* réelle dans l'hypochondre droit : dans quelques cas aussi, on peut constater *par la palpation et la percussion* une *augmentation de volume* de l'organe, *sans changement de forme*, s'il n'y a pas de complication. Il survient en outre un *ictère intense*, et des *troubles* variables du côté du *tube digestif*, dont les principaux sont les *vomissements bilieux*, la *constipation* et la *décoloration des selles*. En même temps les *urines* prennent la coloration jaune rougeâtre qu'elles ont dans les cas d'ictère.

Si l'occlusion du canal hépatique est due à l'*engagement d'un calcul biliaire*, on observe en outre les *accès de colique hépatique* décrits plus haut.

2° *Rétention de la bile due au rétrécissement ou à l'occlusion du canal cystique.* Dans les cas de ce genre, l'ictère, la constipation, la décoloration des selles, la coloration des urines, en un mot tous les symptômes qui dépendent de la présence de la bile dans le sang, peuvent complétement manquer, puisque le fluide biliaire peut passer librement du foie dans l'intestin, à travers le canal hépatique et le canal cholédoque. Il ne reste donc, comme appartenant en propre à la maladie, que les *signes locaux* dus à la distension souvent excessive de la vésicule ; mais c'est là un caractère appartenant également à la rétention de la bile occasionnée par un obstacle dans le canal cholédoque, et j'en parlerai après avoir présenté les symptômes de cette dernière espèce.

3° *Rétention de la bile due à un obstacle dans le canal cholédoque.* C'est là le cas le plus fréquent et dans lequel on voit réunis le plus grand nombre de symptômes. Nous trouvons, en effet, d'abord ceux qui appartiennent à l'*occlusion du canal hépatique*, c'est-à-dire la *pesanteur*, la *gêne* dans la région du foie, l'*ictère intense et toutes ses conséquences*, et de plus les symptômes causés par la distension de la vésicule ; ceux-ci méritent une description particulière.

Distension de la vésicule. Après des accidents de colique hépatique, dans les cas où l'occlusion des voies biliaires est due soit à l'*engagement d'un calcul*, soit à l'*entrée d'un lombric* dans le canal cholédoque ; ou bien *à la suite de symptômes de plus ou moins longue durée*, lorsque l'obstacle est formé par une *tumeur*, par une *bride* ou par l'*inflammation adhésive*, et quelquefois même *sans aucun phénomène* qui ait attiré particulièrement l'attention, on voit survenir au-dessous du rebord des fausses côtes ou plus bas, suivant que le foie est volumineux ou non, une *tumeur* quelquefois très considérable et offrant les caractères suivants :

La peau n'a point changé de couleur : elle est souple, mobile, non œdématiée, en un mot elle a conservé son état normal. La *tumeur* est arrondie, elle ne présente point de dureté environnante ; la *fluctuation* se fait sentir dans toute sa circonférence, et dans quelques cas, comme on en a cité des exemples, en *comprimant* lentement et pendant un certain temps sa partie la plus saillante, on peut en diminuer le volume et *faire couler la bile* dans l'intestin : c'est, en effet, ce qui avait lieu dans un cas cité par J.-L. Petit. En même temps on peut, s'il existe des calculs nombreux dans la vésicule, reconnaître leur présence en déterminant *le bruit de collision*.

En pareil cas, la *percussion* vient d'une manière efficace en aide au diagnostic.

On reconnaît en effet facilement la *matité* due au gonflement de la vésicule biliaire, et l'on circonscrit cette matité de manière à distinguer la forme et la dimension de l'organe affecté, ce qui ne laisse plus aucun doute dans les cas de simple rétention de la bile. Ces diverses manœuvres peuvent produire une *douleur* assez vive; mais le plus souvent la douleur est nulle ou presque nulle, et lorsqu'elle existe, elle n'est jamais aussi considérable que dans les cas *d'abcès de la vésicule*.

Je viens d'indiquer les cas dans lequels les choses se passent de la manière la plus simple; mais quelquefois, par suite de la distension extrême de la vésicule biliaire, les signes sont très différents. Et d'abord le *siége de la tumeur* peut être très éloigné du point occupé à l'état normal par la vésicule biliaire. Dans le cas recueilli par M. Cossy, la tumeur formée par cette poche distendue commençait à peu près au niveau de l'extrémité antérieure de la dixième côte, et descendait verticalement jusqu'au rebord de l'os iliaque. En outre, cette tumeur était dure, on n'y sentait pas de fluctuation, et enfin la douleur à la pression était très grande. On voit combien, dans ce cas, le diagnostic était difficile.

Ce qui vient encore rendre difficile à distinguer les symptômes de la rétention de la bile, ce sont les *complications fréquentes* qui se manifestent principalement du côté du foie, car la plupart des affections de cet organe peuvent coïncider avec cette rétention.

La rétention de la bile, ai-je dit, est *passagère* ou *permanente*. Dans le premier cas, elle est due presque toujours à l'engagement d'un calcul biliaire dans les conduits, et alors on observe les symptômes de *colique hépatique* décrits plus haut; dans le second, il y a gonflement de plus en plus considérable de la portion des conduits situés au-dessus de l'obstacle, et tantôt on voit la rétention biliaire dégénérer en simple *hydropisie de la vésicule*, lésion dont je dirai un mot plus loin; tantôt la distension extrême donner lieu à la *rupture* de cette poche ou d'une autre partie des conduits dilatés, la bile s'épancher dans le péritoine et occasionner une *péritonite suraiguë* promptement mortelle.

Dans les cas où l'obstacle au cours de la bile vient à disparaître, le liquide coule en abondance dans l'intestin, et aussitôt le malade, éprouvant le besoin d'aller à la garde-robe, rend des *matières liquides*, abondantes, ordinairement *colorées en vert foncé* par le liquide biliaire. Si l'obstacle était dû à la présence d'un calcul, *on le retrouve* dans la matière des selles, et quelquefois même on y en rencontre un grand nombre qui ont pu s'échapper après que le premier a déterminé la dilatation des canaux.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est, comme on vient de le voir, différente suivant les cas. De même, en effet, qu'il y a des accès de colique hépatique, de même, dans les cas d'engagement de calculs dans les conduits biliaires, il peut y avoir des accès de rétention de la bile, accès qui ne diffèrent, ni pour leur durée, ni pour les intervalles qui les séparent, de ceux de la colique hépatique. Dans les cas, au contraire, où il se forme un obstacle permanent, la maladie est continue. Cependant, si cet obstacle n'est pas suffisant pour oblitérer complétement les canaux, il peut arriver que dans certains moments, la bile s'écoulant dans l'intestin en plus ou moins grande quantité, la distension de la vésicule et les autres symptômes de la rétention biliaire se dissipent

plus ou moins complétement, pour se reproduire plus tard. C'est ce qui avait lieu dans le cas cité par J.-L. Petit, et dont j'ai parlé plus haut.

La *durée* de l'affection est tellement variable, qu'il est impossible de lui assigner des limites, même en tenant compte de la diversité des cas. Quant à la *terminaison*, nous avons vu plus haut qu'elle pouvait être fâcheuse, par suite des progrès de la maladie elle-même, et sans complication, car la rupture des voies biliaires peut être la conséquence de leur distension. Quelquefois la bile s'altère, prend des caractères particuliers, et l'affection se termine par l'hydropisie de la vésicule; dans d'autres circonstances, des affections survenues dans d'autres organes emportent les malades; enfin le plus souvent la terminaison est heureuse, l'obstacle au cours de la bile disparaît, et ce liquide coule en abondance dans l'intestin : c'est ce qu'on observe dans les cas de colique hépatique.

§ V. — Lésions anatomiques.

Il serait inutile de s'étendre longuement sur les lésions anatomiques : tout ce qu'il importe de dire ici, c'est que, non seulement la vésicule, mais encore les conduits biliaires peuvent être extrêmement dilatés au-dessus de l'obstacle. C'est ainsi qu'on a vu le canal cholédoque acquérir la grosseur de l'intestin grêle, les conduits hépatiques devenus gros comme les ramifications de la veine porte (Cruveilhier), et enfin tous les conduits biliaires être assez volumineux pour distendre l'épigastre et l'hypochondre droit (Todd, cité par M. Littré). Quant à la vésicule, nous avons vu plus haut qu'elle pouvait prendre des dimensions énormes. Aussi a-t-on pu y trouver jusqu'à 4 kilogrammes de liquide.

Les parois de la vésicule et des conduits dilatés acquièrent une épaisseur considérable, due principalement à l'hypertrophie de la membrane moyenne, où se remarquent des fibres distinctes; c'est ce qui explique leur résistance et le peu de fréquence de leur rupture : cependant cette rupture peut avoir lieu par le fait seul de la distension, comme on en voit un exemple dans les observations de M. Andral. En pareil cas, la dilatation s'est faite rapidement. Le plus souvent la rupture est favorisée par l'inflammation chronique des parois et par leur ulcération; on trouve alors des calculs, ordinairement en grand nombre, qui ont causé ces lésions. On conçoit, d'après ces dispositions, comment les conduits biliaires ont pu donner passage à des calculs très volumineux.

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'insister plus longtemps sur ces faits; et je me contente d'ajouter que la *rupture de la vésicule* donne lieu, lorsque la bile s'épanche dans le péritoine, ce qui est le cas le plus ordinaire, aux lésions de la péritonite suraiguë, dont il sera question plus tard.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

En exposant la description des symptômes, j'ai insisté principalement sur ceux qui peuvent être utiles pour le diagnostic. Il y a, comme on l'a déjà vu, deux choses à rechercher dans ce diagnostic : 1° *distinguer la rétention de la bile des autres affections* avec lesquelles on pourrait la confondre; 2° *reconnaître la cause* qui a produit cette rétention. Nous allons examiner successivement ces deux points.

1° Parmi les affections avec lesquelles on peut confondre la rétention de la bile, nous trouvons d'abord les *abcès de la vésicule*. J'ai exposé plus haut, en détail, ce diagnostic, et il me suffira de le reproduire dans le tableau synoptique.

Viennent ensuite les *abcès du foie*. On pourrait croire que la situation de ces abcès et les signes locaux auxquels ils donnent lieu sont suffisants pour faire toujours éviter l'erreur. Cependant cette erreur a été plus d'une fois commise. Je ne peux mieux faire, à ce sujet, que d'indiquer les signes rassemblés par Boyer pour faire distinguer ces deux affections :

« Les signes, dit cet auteur, qui distinguent les tumeurs de la vésicule d'avec les abcès qui se forment à la partie inférieure du foie, près du rebord des côtes, sont l'accroissement rapide de la tuméfaction extérieure dans l'hypochondre droit; sa circonscription, la fluctuation manifeste dans toute son étendue, la mollesse et la mobilité des téguments qui la couvrent, et qui ne s'œdématient que lors de la suppuration, mais sans dureté ni gonflement à la circonférence de la tumeur. L'abcès du foie est la suite d'une inflammation; il est lent à se former et à se manifester; la tumeur qu'il produit n'est pas circonscrite; elle s'étend aux parties voisines, et rend les téguments œdémateux : la fluctuation du pus est tardive, difficile à juger; elle n'est d'abord apparente que dans le centre de la tumeur, puis elle s'étend à la circonférence à mesure que la suppuration augmente. Son pourtour reste dur et gonflé, quel que soit le degré de la suppuration. »

Les cas que je viens de mentionner sont les plus ordinaires; mais, ainsi que je l'ai dit plus haut, les choses peuvent se présenter dans un tel état; que le diagnostic devient extrêmement difficile. Voici à ce sujet les réflexions présentées par M. Cossy, à propos du cas que j'ai mentionné plus haut : « Relativement, dit-il, au diagnostic, je ferai remarquer que, malgré la réunion des symptômes les plus constants de la rétention de la bile, c'est-à-dire de l'ictère, de la décoloration des matières fécales, et surtout de la tumeur arrondie formée par la vésicule biliaire distendue, le diagnostic était loin d'être aussi facile qu'on pourrait le croire au premier abord. Il fallait, en effet, établir que la tumeur, que l'on sentait depuis la dernière côte jusque vers la crête iliaque droite, était réellement formée par la vésicule biliaire distendue, et non par une collection purulente du foie, un kyste, un développement anormal du lobe droit et de cet organe. Or cette distinction n'a pu être nettement établie; car, d'une part, la vésicule, extrêmement volumineuse, occupait un point où il n'était pas facile de supposer sa présence, et, d'autre part, sa tension était tellement grande, qu'elle donnait au palper la sensation d'un corps solide. »

Je me contente de citer ces réflexions fort justes, pour montrer combien le diagnostic peut, dans certains cas, offrir de difficultés.

2° Si maintenant nous voulons rechercher à *quelles causes* on doit attribuer la rétention de la bile, nous voyons que *les accès de colique hépatique* servent à faire reconnaître que la maladie est causée par l'engagement d'*un calcul biliaire*, et que tous les doutes sont levés lorsqu'un ou plusieurs calculs ont été rendus par les selles. Si, avec ces accès, on observe l'ictère et ses conséquences *sans distension de la vésicule*, on pourra croire que l'obstacle occupe le canal hépatique; si, au contraire, la vésicule est distendue *sans qu'il y ait ictère*, on sera porté à admettre l'existence d'un obstacle dans le canal cystique, et enfin la distension de la vésicule et l'ictère, *coïncidant* ensemble, feront connaître que l'occlusion occupe le canal cholédoque.

L'apparition lente de la dilatation de la vésicule, de l'ictère et des divers autres signes que je viens de mentionner, fera soupçonner que l'obstacle s'est développé

lentement, et qu'il est dû par conséquent à l'*occlusion* produite par l'inflammation qui résulte de la compression exercée par les tumeurs voisines, ou par le développement d'une tumeur, soit dans le duodénum, soit dans le canal cholédoque. L'existence d'un cancer dans le foie ou dans l'estomac portera à admettre que la tumeur est de *nature cancéreuse.* Si la rétention de la bile était causée par l'entrée d'un *ver lombric* dans le canal cholédoque, comme dans le cas cité par Lieutaud, il serait impossible d'arriver au diagnostic de la cause; on pourrait tout au plus la soupçonner, si un certain nombre de vers lombrics était rendu par les selles ou par le vomissement.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la rétention de la bile et de l'abcès de la vésicule biliaire.* (Diagnostic posé par J.-L. Petit.)

RÉTENTION DE LA BILE.	ABCÈS DE LA VÉSICULE BILIAIRE.
Douleur *moins vive; non pulsative.*	Douleur *plus vive; de plus longue durée; pulsative.*
Disparaît promptement, sans malaise consécutif (signe douteux).	*Diminue lentement*, et laisse après elle plus de malaise.
Fluctuation *promptement manifeste; occupant toute la tumeur,*	Fluctuation *moins promptement manifeste; commençant par le point le plus saillant.*
Pas de dureté, ni d'empâtement.	*Dureté environnante*; empâtement.
Frissons irréguliers *plus rares; plus courts.*	Frissons irréguliers, *plus constants, plus longs;* suivis de *chaleur* et de *moiteur.*

2° *Signes distinctifs de la rétention de la bile et des abcès du foie.*

RÉTENTION DE LA BILE AVEC DISTENSION DE LA VÉSICULE.	ABCÈS DU FOIE.
Accroissement rapide de la tuméfaction de l'hypochondre.	*Accroissement lent* de la tuméfaction.
Tumeur *circonscrite.*	Tumeur *mal circonscrite.*
Fluctuation manifeste *dans toute l'étendue de la tumeur.*	Fluctuation tardive, difficile à juger, *d'abord apparente dans le centre seulement.*
Mollesse et mobilité des téguments.	Téguments *empâtés, œdémateux.*
Ni dureté, ni gonflement à la circonférence de la tumeur.	*Dureté et gonflement* à la circonférence.

Il est inutile de rappeler ici les signes propres à faire reconnaître quel est l'obstacle au cours de la bile; il a suffi de les indiquer plus haut.

Pronostic. Nous venons de voir qu'il y a des cas où le pronostic est très grave; ces cas sont, en général, ceux dans lesquels la rétention s'est produite lentement: alors, en effet, l'obstacle est permanent, et la bile ne pouvant plus couler dans l'intestin, il survient des dilatations énormes et quelquefois la rupture des conduits. Toutes choses égales d'ailleurs, lorsque la rétention de la bile est compliquée de la présence d'un grand nombre de calculs, le diagnostic est plus grave, parce que ces corps étrangers peuvent produire des altérations de la vésicule que nous avons vues plus haut causer parfois la mort.

§ VII. — Traitement.

Je n'ai pas à m'étendre sur le traitement de cette affection, car j'ai déjà dit, dans l'article consacré aux calculs biliaires, presque tout ce qu'il importe de savoir à ce sujet.

Nous avons vu plus haut qu'il pouvait y avoir une distension de la vésicule et

même des canaux biliaires, sans qu'il existât un obstacle insurmontable au cours de la bile. Parfois même, et M. Cruveilhier en a cité des exemples, la bile distend tous les conduits, et il n'y a actuellement aucun obstacle. On ne peut expliquer ces faits que par un état d'inertie des voies biliaires et par la position déclive que prend la vésicule, par suite de l'augmentation de volume du foie dans les maladies de cet organe. On a proposé, en pareil cas, de *déterminer l'écoulement de la bile dans l'intestin à l'aide de pressions* exercées lentement et d'une manière continue sur la région de la vésicule. Dans quelques cas rares, où il n'y a pas occlusion complète, ce moyen peut réussir non à guérir le malade, mais à le soulager, lorsque la distension cause une gêne considérable dans l'hypochondre droit. Nous avons déjà vu que, dans un cas rapporté par J.-L. Petit, le malade avait trouvé lui-même ce moyen de faire cesser la tension de la vésicule ; mais il faudrait se garder de l'employer lorsqu'il est survenu un obstacle subit indiqué par la douleur et par la distension rapide de la poche biliaire ; ou du moins ne faudrait-il procéder qu'avec beaucoup de ménagement ; car nous savons que la rupture de la vésicule peut avoir lieu en pareil cas, et évidemment ces manœuvres tendraient à la favoriser.

J'ai tant de fois parlé de la *ponction de la vésicule*, de *son ouverture avec le bistouri*, en un mot des *opérations* propres à évacuer la bile, que je ne dois pas y revenir longuement ici. Disons seulement que dans les cas où la distension est énorme, et où les accidents sont très graves, on pourra mettre en usage la *ponction avec un trois-quarts très fin* (c'est-à-dire dont la canule n'aurait qu'un millimètre de diamètre), puisqu'on a remarqué qu'avec cette précaution on n'avait pas causé d'accident. On devrait alors laisser la canule en place, de manière qu'elle déterminât la formation d'adhérences entre le péritoine de la vésicule et celui des parois abdominales. On devrait également éviter de vider complétement la poche distendue, et même il serait prudent de n'enlever que très peu de liquide (seulement en suffisante quantité pour faire cesser la distension excessive), parce que, si l'on changeait brusquement les rapports de la vésicule et de la paroi abdominale, on courrait grand risque d'occasionner un épanchement de bile et une péritonite mortelle. De cette manière, l'opération aurait nécessairement beaucoup moins d'inconvénients que la ponction ordinaire proposée par J.-L. Petit. Reconnaissons, au reste, que ce point de doctrine n'est pas encore suffisamment établi, et qu'on ne doit agir qu'avec une extrême circonspection et à la dernière extrémité.

L'ouverture de la vésicule peut encore être tentée par les *procédés mis en usage pour l'ouverture des abcès du foie et des hydatides* (procédés de Récamier, Bégin, Jobert, etc.). Quant à celui qui a été mis en usage par Chelius, je l'ai rapporté dans l'article précédent.

Restent maintenant les *moyens propres à favoriser l'écoulement de la bile*. Je les ai indiqués dans l'article consacré aux *calculs biliaires*. Il serait par conséquent inutile d'y revenir ici. Qu'il me suffise de dire que la rétention de la bile étant presque toujours due à des causes mécaniques, on ne doit pas compter sur ces moyens pour procurer aux malades une guérison complète. Toutefois ils peuvent agir de manière à favoriser l'expulsion d'un obstacle mobile, comme les calculs. C'est principalement aux *purgatifs* peu violents (l'*huile de ricin*, les *sels neutres*, etc.) qu'on a recours en pareille circonstance. Les *narcotiques* et les *anti-*

spasmodiques ne sont que des palliatifs qui servent à calmer l'irritation plus ou moins violente déterminée par la distension des voies biliaires.

ARTICLE IV.

HYDROPISIE DE LA VÉSICULE DU FIEL.

Avec M. Littré, je commencerai par mettre de côté l'*œdème des parois de la vésicule*, qui, comme le fait remarquer cet auteur, n'a d'intérêt réel que sous le rapport de l'anatomie pathologique. M. Louis en a cité deux exemples (1) ; et, dans ces deux cas, l'infiltration de sérosité n'avait été accompagnée d'aucun signe d'une affection de la vésicule pendant la vie.

Reste l'*accumulation de la sérosité dans la vésicule elle-même.* M. Littré est l'auteur qui a donné la meilleure description de cet état pathologique qui n'est pas encore suffisamment connu, surtout quant à ses symptômes et au traitement qui lui convient. C'est ce qui expliquera la rapidité avec laquelle je vais en faire la description.

Lorsqu'il n'existe pas de calcul dans la vésicule, ni de maladie du foie; ce qui est rare, cette hydropisie ne s'annonce, du moins d'après quelques observations, par d'autres phénomènes que par l'apparition d'une *tumeur circonscrite*, médiocrement résistante (à moins que la vésicule ne soit très distendue), sans dureté environnante, et donnant lieu à une *fluctuation* qui occupe tout son diamètre. Dans les cas où il y a des *calculs* ou des *maladies du foie*, on observe des symptômes propres à ces lésions, et sur lesquels il serait oiseux de revenir ici.

La *marche* de la maladie est toujours très lente ; cependant, sous ce point de vue, il faut faire une distinction : *l'hydropisie de la vésicule se produit lorsqu'il y a obstacle au passage de la bile du foie dans cette poche*, en d'autres termes, lorsqu'il existe une *oblitération du canal cystique.* Or il ne faut pas confondre la marche de cette occlusion, qui peut être aiguë, avec celle de l'hydropisie de la vésicule, qui en est une conséquence plus ou moins lente. Il est impossible d'assigner une *durée* à l'affection ; quant à sa *terminaison*, on peut dire, d'après quelques faits, que l'hydropisie de la vésicule peut se prolonger très longtemps, et ne pas déterminer par elle-même la mort, lorsqu'elle est à l'état de simplicité. Quand il existe des calculs et des maladies du foie concomitantes, il peut survenir une *inflammation violente* avec tous les accidents décrits plus haut, et la terminaison peut être mortelle ; mais c'est encore aux calculs et aux maladies du foie qu'il faut attribuer cette terminaison funeste.

On a parlé également de la *rupture de la poche biliaire*, comme pouvant donner lieu à des accidents mortels ; et cette rupture, suivant les auteurs, serait occasionnée soit par la distension trop grande de la poche, soit par un coup ou une chute ; mais il est évident qu'on a prévu plutôt la possibilité de cet accident qu'on n'en a cité des exemples.

L'investigation cadavérique fait trouver, dans les cas dont il s'agit, une obstruction du canal cystique, qui est la condition capitale de la production de l'hydropisie. Au-dessus de l'obstacle, la cavité, distendue, prend quelquefois des pro-

(1) *Recherches sur la phthis.*, 2ᵉ édit., p. 123.

portions énormes. Walther, cité par M. Littré, dit avoir vu la tumeur formée par elle descendre jusqu'à l'hypogastre ; le liquide contenu dans la vésicule est tantôt limpide et incolore, tantôt semblable à la synovie, tantôt à du blanc d'œuf ou à de l'urine (Louis). La chaleur et les acides peuvent y déterminer un précipité floconneux ; et ce qu'il y a surtout de remarquable, c'est qu'il ne conserve aucune amertume.

Diagnostic. Les signes propres à faire reconnaître la rétention de la bile dans la vésicule servent également à faire distinguer des autres affections hépatiques l'hydropisie de cette cavité ; mais en est-il qui puissent différencier suffisamment ces deux affections entre elles ? Tous les auteurs conviennent que la distinction est ordinairement extrêmement difficile, sinon impossible. C'est un point qui exige absolument de nouvelles recherches, et sur lequel je ne pourrais émettre que des idées hypothétiques. Quant au *pronostic*, nous avons vu que c'est surtout par les complications que cette affection était dangereuse.

Enfin, relativement au *traitement*, disons que le seul moyen à opposer à l'affection est la *ponction de la vésicule* ; et sur ce point, il me suffit de renvoyer aux réflexions faites dans l'article précédent.

ARTICLE V.

CANCER DE LA VÉSICULE ET DES CONDUITS BILIAIRES.

J'ai très peu de chose à dire de cette affection, qui n'a guère été étudiée à part, et qui, dans l'état actuel de la science, mérite peu de l'être. Cependant M. Durand-Fardel (1) a, il y a quelques années, publié sur ce sujet quelques recherches auxquelles il convient de donner ici une mention, et dont je vais extraire les principales considérations.

Il n'est pas rare de voir le cancer de la vésicule biliaire exister sans donner lieu à des symptômes très notables. Des *troubles* plus ou moins marqués du côté *des voies digestives*, la *gêne*, le malaise que détermine la présence de la tumeur cancéreuse *dans l'hypochondre*, sont les seuls signes de ce cancer, et l'on voit combien ils sont vagues. Ce qu'il y a de plus important à noter, c'est une *tumeur* au-dessous du rebord des fausses côtes, tumeur dure et circonscrite, et parfois un peu douloureuse au toucher. L'*ictère* n'est pas un symptôme essentiel du cancer de la vésicule. Dans la troisième observation de M. Durand-Fardel, il a manqué complétement. En pareil cas, la *peau* présente ordinairement la coloration jaunâtre du cancer, ou grisâtre des maladies chroniques. Voilà tout ce qu'il est possible de dire sur les symptômes de cette affection.

Les *lésions anatomiques* consistent dans le développement d'une tumeur squirrheuse ou encéphaloïde, occupant soit la vésicule, soit les conduits biliaires, soit tous ces points à la fois ; dans les cas où les conduits biliaires, et principalement le canal cholédoque, sont obstrués par une tumeur cancéreuse, l'ictère existe avec l'intensité que nous lui avons trouvée dans la *rétention de la bile*. Il est ordinaire de rencontrer d'autres cancers soit du foie, soit des intestins, soit d'un organe plus éloigné ; cette coïncidence est encore plus remarquable que dans les cas de cancer du foie.

(1) *Arch. gén. de méd.*, juin 1840, et avril 1841.

Pour le *diagnostic*, on a les mêmes signes qui ont été indiqués à l'occasion du cancer du parenchyme hépatique ; mais quand il s'agit de reconnaître si le cancer occupe la vésicule plutôt que le tissu du foie, on n'a aucun moyen sûr. Les observations de M. Durand-Fardel n'ont pas pu éclairer ce point. Quant au *pronostic*, il est aussi grave que celui du cancer du foie lui-même, et peut même l'être davantage à cause de l'oblitération possible des voies biliaires.

Le *traitement* ne diffère en rien de celui du cancer du foie.

ARTICLE VI.

NÉVRALGIE DU FOIE.

J'arrive à une affection dont l'existence est loin d'être démontrée d'une manière bien positive. On trouve, il est vrai, dans tous les auteurs, une description plus ou moins étendue d'une affection consistant principalement dans une douleur aiguë, violente, ayant son siége dans l'hypochondre droit, et souvent s'irradiant bien au delà ; mais on chercherait en vain un travail critique de nature à démontrer positivement que la source de la douleur se trouve dans le plexus hépatique. Le foie est, comme nous l'avons vu dans la description des maladies précédentes, un organe doué d'une sensibilité très faible ; il ne reçoit, relativement à son volume, qu'un très petit nombre de filets nerveux réellement sensibles. Il est donc difficile de comprendre que la douleur puisse s'y développer d'une manière aussi frappante. Ce ne serait pourtant pas là une objection suffisante, si, d'une manière quelconque, on était parvenu à avoir quelques preuves de la possibilité d'une névralgie ayant pour siége le plexus hépatique. Mais, comme je viens de le dire, aucune preuve de ce genre n'existe. On a vu seulement que, dans certains cas, une douleur qui ne pouvait être rapportée à aucune des affections précédentes, occupait l'hypochondre, et l'on en a conclu que cette douleur, évidemment de nature nerveuse, devait avoir son siége dans les nerfs du foie ; mais ce n'est pas là, comme on le voit, une démonstration directe, et l'on ne pourrait y avoir quelque confiance que si l'on était sûr d'avoir préalablement, par voie d'exclusion, mis de côté toute autre maladie, sans exception aucune. Mais c'est ce qu'on est bien loin d'avoir cherché à faire dans la grande majorité des cas, si ce n'est dans tous ; et il est tant d'affections qui peuvent donner lieu à de la douleur dans l'hypochondre droit, qu'on ne peut, en y réfléchissant bien, s'empêcher de conserver des doutes sur l'existence même de cette maladie.

Il est très certain qu'on a pris parfois pour des douleurs nerveuses les violentes souffrances causées par l'engagement d'un *calcul biliaire dans les conduits ;* que des *gastralgies* très intenses ont pu être regardées comme des névralgies hépatiques ; que des *douleurs cancéreuses* ont pu donner lieu à la même erreur. M. Andral a cité un fait dans lequel un *anévrysme du tronc cœliaque* a occasionné des douleurs qui ont été prises pour une simple névralgie hépatique, jusqu'à ce que, d'un côté, les pulsations de la tumeur, et de l'autre, la paralysie des membres inférieurs, aient fait connaître qu'il s'agissait d'une dilatation artérielle qui, après avoir détruit le corps des vertèbres, avait comprimé la moelle épinière.

Il est encore une affection qui n'a été convenablement étudiée que dans ces derniers temps, et qui très probablement a été prise plus souvent que toute autre

pour la névralgie hépatique : c'est la *névralgie dorso-intercostale*, dont les accès sont quelquefois d'une violence extrême, surtout chez les individus qui sont en même temps affectés d'une gastralgie, ou qui sont sujets aux troubles de la digestion. J'ai vu dans ces derniers temps plusieurs cas de névralgie intercostale caractérisée par une douleur occupant à la fois le côté de la colonne vertébrale, l'hypochondre et l'épigastre, par des élancements se faisant sentir dans ces divers points, et par une douleur à la pression souvent fort vive, surtout au niveau des premières fausses côtes, s'accompagner d'anxiété, de sentiment de constriction dans la base de la poitrine, et produire des accès douloureux absolument semblables à ceux qui ont été décrits, sous le nom d'*hépatalgie*, comme appartenant à la névralgie du plexus hépatique.

On voit, d'après tout ce que je viens de dire, qu'avant d'admettre l'existence de cette affection, il faudrait absolument avoir de nouvelles recherches bien précises; car tant qu'on n'aura pas parfaitement démontré que dans les observations présentées comme exemples de névralgie hépatique, on n'a, pour expliquer l'existence de la douleur, aucune des affections indiquées plus haut, on ne saurait dire, d'une manière positive, que le plexus hépatique peut, sans aucune lésion appréciable, devenir douloureux au point de produire les accès de *colique hépatique nerveuse*.

Ces considérations m'empêchent de donner une description étendue de l'affection dont il s'agit. J'ajouterai seulement que ce qui vient encore prouver l'exactitude des propositions précédentes, c'est la grande variété des causes admises par quelques auteurs. J. Frank, par exemple, reconnaît les *hépatalgies* suivantes : 1° *H. traumatique*, 2° *H. inflammatoire*, 3° *H. rhumatique*, 4° *H. bilieuse*, 5° *H. nerveuse*, 6° *H. vermineuse*. Cette dernière serait produite par des vers développés dans l'organe, comme la *douve*, aussi bien que par des vers intestinaux qui auraient passé dans les voies biliaires. Il suffit de citer cette division, pour montrer combien d'affections diverses comprend cette prétendue névralgie hépatique.

Je suis, au reste, d'autant plus autorisé à ne pas insister sur cette affection, et à passer outre, que, sous le rapport du *traitement*, je n'aurais rien d'intéressant à faire connaître. Les *narcotiques*, les *antispasmodiques* et les *révulsifs cutanés*, sont les moyens qu'on a employés avec le plus de succès dans les cas où l'on a cru avoir affaire à cette maladie.

ARTICLE VII.

ATROPHIE DE LA VÉSICULE BILIAIRE. DOUVE DU FOIE, ALTÉRATIONS DE LA BILE.

Je me contente de mentionner, pour mémoire, ces affections, qui n'ont aucun intérêt réel pour nous : l'*atrophie de la vésicule* n'est, en effet, importante que sous le point de vue de l'anatomie pathologique ; on ne lui a assigné aucun symptôme positif, et l'on n'a pas même, comme on le pense bien, eu l'idée de parler d'un *traitement* qui lui fût applicable.

La *douve du foie* se rencontre bien rarement chez l'homme, et l'on ignore presque entièrement les symptômes auxquels elle donne lieu. Ce ver occupe la vésicule, et peut descendre dans les conduits. On conçoit qu'en pareil cas il pourrait produire les accidents décrits plus haut sous le nom de *colique hépatique*.

Quant aux *altérations de la bile*, quoiqu'elles aient été étudiées avec soin par les chimistes, il serait superflu de les indiquer ici avec détail. On n'a, en effet, trouvé aucun rapport constant entre telle ou telle altération de ce liquide et des symptômes déterminés. Attendons, par conséquent, pour en parler, que nous ayons des renseignements plus utiles.

ARTICLE VIII.

ICTÈRE.

Après avoir décrit un nombre considérable de maladies dans lesquelles l'ictère peut se produire plus ou moins fréquemment, il nous reste à étudier ce symptôme comme constituant, dans certains cas, presque à lui seul, une affection particulière. Aussi est-ce à l'*ictère simple* ou *ictère spasmodique* que cet article est principalement destiné. Toutefois, comme dans les descriptions précédentes j'ai cru devoir me borner à indiquer simplement l'ictère comme symptôme, sans entrer dans aucun détail à son sujet, il sera nécessaire d'indiquer ici les particularités qu'il peut présenter, suivant les principales circonstances dans lesquelles il se produit, ce qui me forcera, chemin faisant, à parler maintes fois de l'*ictère symptomatique*.

Comme toutes les affections qui sont caractérisées par des phénomènes très facilement accessibles à la moindre exploration, l'ictère a été connu et décrit dès la plus haute antiquité. Hippocrate (1) en parle dans plusieurs endroits de ses ouvrages; Celse (2), Galien (3), Arétée (4), en ont fait également une description plus ou moins étendue, et exacte quant aux phénomènes apparents. Ensuite tous les auteurs de traités de pathologie ont consacré un article considérable à cette affection, qui a été en outre l'objet d'un nombre immense de dissertations dans les deux derniers siècles.

Pour apprécier, autant que possible, avec rigueur, les principaux symptômes de l'ictère simple ou spasmodique, j'ai analysé seize observations qui ne me laissaient pas de doute sur la nature de l'affection, ce qui me permettra de rechercher, dans les descriptions des auteurs, les points qui sont appuyés sur l'observation et ceux qui laissent encore quelque doute. De plus, dans cette seconde édition, je tiens compte de certains cas d'*ictère grave* dont il m'a été donné d'observer quelques uns, et dont les principaux ont été rassemblés par M. le docteur Ch. Ozanam (5), qui a publié, sur ce sujet, peu étudié avant lui, un travail très important.

§ I. — Définition; synonymie; fréquence.

Le nom d'*ictère* est donné à une coloration jaune des divers tissus du corps, apparente pendant la vie sur la peau et les conjonctives, et due à la présence des éléments de la bile dans le sang.

Cette affection a reçu les noms de *regius morbus, fellis suffusio, luridus morbus, morbus arcuatus, ictericia, ictère, ictéricie, jaunisse*. Les Espagnols lui

(1) *Œuvres complètes*, trad. par Littré, *Des affections internes*; Paris, 1850, t. VII, p. 233.
(2) Lib. III, cap. XXIV.
(3) *De loc. affectis*.
(4) Lib. I, cap. XV.
(5) *De la forme grave de l'ictère essentiel*; Thèse, Paris, 1849.

donnent le nom d'*amarillez*; les Italiens, celui de *citrinezza*; les Anglais, celui de *jaundice*, et les Allemands, celui de *Gelbsucht*.

La *fréquence* de l'ictère est grande. Nous avons vu plus haut combien de maladies organiques peuvent le produire, et nous allons voir que l'ictère qu'on a désigné sous le nom de *spasmodique*, c'est-à-dire celui qui ne laisse aucune lésion après la mort, se montre dans d'assez nombreuses circonstances.

§ II. — Causes.

C'est surtout en se fondant sur les causes, qu'on a établi, dans la description de l'ictère, des divisions très variables. C'est ainsi que, recherchant s'il y avait augmentation de la sécrétion biliaire, s'il y avait suspension des fonctions du foie, etc., on a fait des divisions qui, pour la plupart, n'ayant pour base que de simples hypothèses, ne méritent guère de nous arrêter. Je me contenterai de signaler celle qui est admise par les auteurs du *Compendium* (article *Ictère*, tome V), pour montrer quelles sont les diverses espèces dont je vais m'occuper. Ils reconnaissent : « 1° Un *ictère par altération du tissu du foie*; 2° un *ictère par maladie de l'appareil d'excrétion biliaire*. » Ces deux premières espèces sont constituées par les affections de l'organe hépatique et des conduits biliaires que j'ai décrites jusqu'à présent. Il me suffira, comme je l'ai dit plus haut, de mentionner dans cet article ce que l'ictère présente de notable en pareil cas. La troisième espèce est « l'*ictère par simple trouble des fonctions sécrétoires du foie*: » c'est là l'ictère *simple* ou ictère *spasmodique*, dont il sera principalement question ici. Viennent ensuite quatre autres espèces qui sont : « 4° l'*ictère par maladie des voies digestives*; 5° l'*ictère par altération du sang*; 6° l'*ictère des fièvres*; 7° l'*ictère des nouveaux-nés*. » Ces quatre espèces ont été également décrites, soit en totalité, soit en partie, par un grand nombre d'autres auteurs. Parmi elles, l'*ictère des nouveaux-nés* me paraît devoir seul être étudié sous un point de vue critique. Quant aux autres, il suffira de les mentionner à l'occasion du diagnostic, afin de les distinguer du véritable ictère.

1° Causes prédisposantes.

Nous n'avons que des recherches peu exactes relativement à l'*âge* qui prédispose les sujets à l'ictère. On peut dire, d'une manière générale, que l'*ictère symptomatique*, celui, en particulier, qui est dû aux *affections chroniques du foie*, est surtout fréquent dans un *âge avancé*. C'est, en effet, ce qui ressort des descriptions présentées dans les articles précédents. Suivant quelques auteurs, et en particulier J. Frank, il n'en serait pas de même quant à l'*ictère spasmodique*, auquel les *enfants* seraient particulièrement sujets; mais on cherche vainement les preuves de cette assertion, et si l'on consulte l'observation, on voit, au contraire, que l'ictère de cette espèce, aussi bien que de toutes les autres, se montre très rarement dans l'enfance. Ce qui a peut-être porté l'auteur que je viens de citer à s'exprimer ainsi, c'est qu'il a admis sans aucune contestation l'existence de l'*ictère des nouveaux-nés*. Or il n'est nullement prouvé que l'ictère chez les nouveaux-nés présente rien de particulier, et qu'il faille en faire une description à part; mais, comme c'est là une question qui ne manque pas d'importance, il est nécessaire de la traiter avec quelques détails.

Ictère des nouveaux-nés. Il est bien peu d'auteurs qui se soient occupés des maladies des enfants sans consacrer un article à cette affection, sur l'existence de laquelle plusieurs ont néanmoins élevé des doutes. Ainsi Rosen (1) a dit formellement que l'ictère qui peut se développer chez les enfants nouveau-nés ne diffère en rien de celui des adultes, et que Sylvius (2), lorsqu'il avait cru voir chez les nouveaux-nés un ictère tout particulier, avait pris sans doute la couleur plus ou moins rouge de la peau de ces enfants pour la jaunisse. Cette méprise de la part de Sylvius n'est nullement probable; mais ce qui sans doute l'a induit en erreur, comme plusieurs autres auteurs (3), et la plupart des médecins, c'est ce changement dans la couleur des nouveaux-nés qui survient trois ou quatre jours après la naissance, et qui a été parfaitement signalé par Underwood (4). Voici, à ce sujet, ce que j'ai dit ailleurs (5) :

« Peu de temps après l'accouchement, la face du nouveau-né est d'un rouge foncé légèrement violacé. Cet état dure ordinairement quatre ou cinq jours, ainsi que l'ont remarqué tous les auteurs qui ont traité des maladies des enfants, et pendant tout ce temps, si l'on exerce une légère pression sur les téguments ainsi colorés, on voit apparaître une coloration jaune pâle qui ne tarde pas à disparaître. C'est du troisième au cinquième jour que cette coloration commence à diminuer; et alors, dans tous les cas, une légère teinte jaune vient nuancer la rougeur générale. Cette dernière couleur n'atteint les pommettes qu'après s'être montrée sur le reste de la face, en sorte qu'elles sont entourées d'une teinte jaunâtre, lorsqu'elles conservent encore leur couleur première. Je n'ai jamais vu, dans l'état de santé parfaite, la coloration jaune être générale et uniforme; toujours on voit persister une rougeur plus ou moins foncée et plus ou moins étendue des pommettes. Dans tous les cas, cette coloration jaune était d'autant plus intense, que la coloration rouge primitive avait été plus foncée, ce qui vient à l'appui de l'opinion émise dans ces derniers temps, savoir, que cette espèce d'ictère des nouveaux-nés a pour cause la disparition de la stase sanguine; de même que, dans les ecchymoses, la couleur jaune qui se montre sous les téguments est due à une résorption lente du sang infiltré....

» C'est dans l'œdème des nouveaux-nés que j'ai vu persister le plus longtemps la couleur rouge, qui, chez eux, est le plus souvent très foncée et vineuse. C'est aussi chez eux que j'ai vu la couleur jaune consécutive se montrer avec le plus d'intensité, et c'est là sans doute ce qui a fait regarder à tort l'ictère comme une maladie inséparable de l'induration du tissu cellulaire.

» Dans d'autres maladies, au contraire, la couleur jaune, au lieu de se produire graduellement, apparaît d'un jour à l'autre; elle a une légère nuance verte, et elle est générale. C'est surtout dans quelques cas de diarrhée très abondante et survenue très rapidement, que j'ai vu se montrer cette coloration : alors il y a véritablement teinte ictérique; mais c'est un état qu'il ne faut pas confondre avec celui dont je viens de parler. Ce qui servira surtout à les distinguer, c'est que, dans le

(1) *Traité des malad. des enf.*, trad. de Lefèvre de Villebrune; Montpellier, 1792, chap. XI. *De la jaunisse.*
(2) *Prax. med.*, lib. I, cap. XLVII.
(3) CHAMBON, *Malad. des enf.*, t. Ier, p. 264, etc.
(4) *Traité des malad. des enf.*, trad. d'Eusèbe de Salles; Paris, 1823.
(5) *Clinique des enfants nouveau-nés* (*Explor. cliniq.*, p. 6).

premier cas, les sclérotiques sont d'un blanc bleuâtre ou à peine jaunâtre, tandis que dans le second elles participent à la couleur jaune générale. »

Ce que je disais alors je dois le répéter aujourd'hui, après avoir vu un nombre beaucoup plus considérable de nouveaux-nés malades, et, par conséquent, je ne crois pas qu'il soit utile de regarder l'ictère survenant chez ces enfants comme une maladie particulière, ou plutôt je pense que ce serait une erreur.

Une fois cet ictère admis, les autres ont cherché à se rendre compte de sa production, et ils l'ont cherché dans la *rétention du méconium*, dans la *difficulté de l'excrétion biliaire*, dans *le lait* donné à l'enfant par une femme accouchée depuis longtemps (Baumes), dans la *tympanite*, d'où peut résulter la compression des canaux biliaires ; mais, évidemment, c'est d'après des idées purement théoriques qu'on a admis l'existence de ces causes. Quant à moi, j'ai vu l'ictère chez les nouveaux-nés, ictère semblable à celui de l'adulte, coïncider principalement avec des affections intestinales intenses, et surtout avec l'entérite.

En somme, et si nous avons égard à l'opinion de plusieurs auteurs qui ont écrit sur les maladies des enfants nouveau-nés, ainsi qu'aux considérations précédentes, nous voyons que c'est à partir de l'*âge adulte* que l'ictère se manifeste le plus fréquemment.

Sexe. Nous avons dit, dans les descriptions des diverses maladies du foie, ce que nous savons sur l'influence du *sexe* dans la production de l'*ictère symptomatique.* Relativement à l'*ictère simple ou spasmodique*, c'est une opinion généralement reçue, que les *femmes* y sont plus sujettes que les hommes. Je n'ai, sur ce point, à présenter que des chiffres tout à fait insuffisants; je les consigne seulement ici comme renseignements. Dans seize cas observés à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Louis, nous trouvons huit hommes et huit femmes; mais il faut remarquer que, dans ce service, les femmes sont en nombre à peu près double, de sorte que, si l'on voulait s'en rapporter à ces cas, on se ferait une opinion entièrement opposée à l'opinion générale. Mais, je le répète, il en faudrait un beaucoup plus grand nombre, et il est fâcheux que nous ne trouvions pas sur ce point les éléments d'une bonne statistique.

On a dû naturellement dire que la maladie était plus fréquente chez les sujets d'un *tempérament bilieux et nerveux ;* mais c'est encore un point qui demande à être mis hors de doute d'une manière positive.

Si l'on s'en rapporte au petit nombre de cas que je viens de mentionner, la *constitution* n'a point d'influence marquée sur la production de l'*ictère spasmodique.* Quant à l'*ictère symptomatique*, c'est dans les articles précédents qu'il faut chercher ce que nous savons à ce sujet.

Il en est de même de l'*état de santé habituel* des malades et du *régime* qu'ils ont suivi. Il serait bon pourtant d'avoir des renseignements plus précis sur ce dernier point ; car, ainsi que nous allons le voir, on a avancé, surtout dans ces derniers temps, que l'ictère ne résulte ni d'un spasme des voies biliaires, ni de la suppression de la sécrétion, ni d'aucun trouble nerveux de cette fonction, mais bien de la propagation d'une inflammation des voies digestives, et principalement du duodénum aux voies biliaires et à la partie inférieure du foie. Or nous savons que cette inflammation des voies digestives a été elle-même attribuée aux écarts de

régime, à l'abus des boissons alcooliques, etc. ; il serait par conséquent important de rechercher dans quelle proportion des cas ces prétendues causes ont pu agir. Malheureusement nous manquons entièrement des documents nécessaires sur ce point; mais nous verrons tout à l'heure qu'on peut, par une autre voie, arriver à se prononcer sur cette question.

Enfin on a dit que les *climats chauds* prédisposaient particulièrement à l'ictère; mais resterait à savoir si l'*ictère spasmodique* se produit fréquemment sous cette influence; or c'est ce que les auteurs ne nous ont pas suffisamment appris.

Les causes prédisposantes de l'*ictère essentiel à forme grave* ne sont pas mieux connues, comme on le voit dans le mémoire de M. Ozanam. Quant à l'*ictère symptomatique*, on a vu plus haut ce qu'il faut penser à cet égard.

2° Causes occasionnelles.

Relativement aux causes occasionnelles, il faut nécessairement établir une distinction absolue entre l'ictère symptomatique et l'ictère spasmodique.

Ictère symptomatique. Il suffit de répéter ici sommairement ce qui a été exposé en détail dans les articles précédents. Nous avons vu, en effet, que les causes organiques qui donnaient lieu à la production de l'ictère étaient l'*inflammation* et les *abcès* qui en sont la suite, le *cancer*, la *cirrhose* (ces dernières affections ne produisant que rarement l'ictère), et les *hydatides*, qui ont une influence plus limitée encore. Viennent ensuite les *affections des voies biliaires*, en tête desquelles il faut mettre celles qui déterminent la *rétention de la bile dans le foie*, c'est-à-dire qui ont pour cause principale l'oblitération du canal hépatique ou cholédoque; mais il serait inutile d'insister plus longuement sur ce sujet.

Ictère simple ou spasmodique. Les principales causes occasionnelles de l'ictère dont il s'agit sont, sans contredit, les *émotions morales vives*. On cite un nombre infini de faits à l'appui de cette proposition. La *colère* et la *frayeur* sont surtout des causes très puissantes. On a vu des sujets présenter une jaunisse intense immédiatement après un accès de colère, quoique auparavant ils fussent dans un parfait état de santé. Dans les seize cas dont j'ai précédemment parlé, deux malades ont accusé une grande colère. Chez eux, il est vrai, l'ictère ne s'est pas produit immédiatement, un des deux ne l'a même vu apparaître que quatre semaines après; mais, à dater du moment où ces sujets avaient eu l'accès de colère, ils avaient éprouvé des symptômes dont ils étaient exempts auparavant, symptômes qui appartiennent, comme nous le verrons plus loin, à l'ictère, et qui ont duré jusqu'à l'apparition de celui-ci. Une grande frayeur a été mentionnée trois fois, et dans un cas cette frayeur a eu lieu *au moment des règles*, qui se sont changées en pertes abondantes. Trois autres sujets avaient eu des *contrariétés très vives* et de *longue durée* dans les jours qui avaient immédiatement précédé l'apparition de l'ictère.

Dans les deux cas, on n'a trouvé, pour expliquer la production de la maladie, qu'un *travail pénible et prolongé* auquel les sujets n'étaient point habitués. Un malade présenta, dans le *cours d'une colique de plomb*, non pas ce symptôme qui a été décrit sous le nom d'*ictère saturnin*, et qu'on ne doit pas regarder comme

une véritable jaunisse, mais un ictère tout à fait différent, et dû à la suffusion biliaire. Enfin un sujet avait été exposé à *un froid très vif* pendant son travail; et dans les autres cas (quatre) on n'a rien découvert qui parût être la cause de la maladie.

On trouve dans cette exposition presque toutes les causes principales assignées à l'ictère spasmodique; on a, il est vrai, regardé comme cause particulière la *morsure de la vipère*, les *grandes hémorrhagies*, etc.; mais on voit que, dans ces cas, la frayeur peut avoir été la cause réelle de la jaunisse.

L'ictère peut se développer sous *forme épidémique*. Je ne veux point parler ici, comme on le pense bien, de la *fièvre jaune*, affection toute particulière, dans laquelle la coloration jaune de la peau n'est qu'un simple symptôme; mais il est positif qu'à certaines époques on voit apparaître un nombre souvent considérable d'ictères parfaitement simples, dont la marche ne présente rien de particulier et dont la terminaison est heureuse. Nous avons vu, il n'y a pas longtemps, dans les hôpitaux de Paris, une petite épidémie de ce genre. Quelquefois, dans ces épidémies (1), l'ictère prend la forme grave.

3° Causes prochaines de l'ictère spasmodique.

Je n'exposerai pas en grand détail les diverses manières dont les auteurs ont cherché à expliquer la production de l'ictère, car presque tous n'ont avancé que des idées théoriques qu'il est peu important de connaître. D'abord on a attribué la production de l'*ictère spasmodique* à une *constriction*, à une *contraction*, à un *spasme* des voies biliaires, et c'est ce qui lui a valu son nom; mais ce spasme, on en a simplement supposé l'existence, par la seule raison qu'on ne trouvait après la mort aucune lésion capable d'expliquer la suffusion biliaire. Quelques médecins, comme nous l'avons vu plus haut, ont pensé qu'il y avait une *irritation* qui, *des voies digestives*, et principalement *du duodénum*, se portait vers les canaux biliaires et vers la vésicule. Mais je ferai remarquer qu'on n'a nullement mis le fait hors de doute par l'anatomie pathologique, et que si l'on a pu dire avec raison que des symptômes digestifs se montrent ordinairement dans le cours de l'ictère, on n'a pas eu le soin de rechercher si ces symptômes étaient primitifs ou consécutifs. Les observations que j'ai sous les yeux ne sont pas toutes propres à décider cette question; mais il en est deux dans lesquelles on voit que les sujets ne s'étaient aperçus d'aucun dérangement de leur santé lors de l'apparition de la jaunisse, que l'appétit n'était point diminué, que la soif n'était pas augmentée, qu'il n'y avait ni nausées, ni vomissements, ni coliques. Les cas de ce genre ne sont pas très rares, et il n'est pas de médecin qui n'en ait vu des exemples. Comment, d'un autre côté, dans les cas où un ictère survient immédiatement après un accès de colère ou de frayeur, admettre que la source de la maladie se trouve dans une inflammation du tube digestif, quelque légère qu'elle soit? On a vu, il est vrai, l'ictère se produire dans de *violentes indigestions*: mais ne trouve-t-on pas, en pareil cas, une cause suffisante dans la frayeur que peuvent produire, chez certains individus, les symptômes parfois si graves d'une simple indigestion? Quant à l'*épaississement de la bile*, qui peut gêner le cours de

(1) CH. OZANAM, *Mém. cit.*, p. 81.

ce liquide, ce n'est pas dans l'ictère dont il s'agit qu'on devrait le regarder comme cause, alors même qu'on pourrait admettre son existence.

4° Causes prochaines de l'ictère en général.

Je ne m'étendrai pas longuement sur cette partie de l'histoire de l'ictère, parce que, dans l'état actuel de la science, il est impossible d'en tirer aucun résultat bien utile pour la pratique. Constatons d'abord que l'on admet plus aujourd'hui comme cause de l'ictère, soit une simple *congestion sanguine* des divers tissus, soit un *spasme des téguments*, et que personne ne doute que cette affection ne soit due à la *présence de la bile* ou *des principaux éléments de ce liquide dans le sang*. Mais comment la bile se trouve-t-elle dans le sang ? Cette question ne semble pas difficile lorsqu'il s'agit de l'*ictère symptomatique*, car alors on peut penser que la bile retenue dans les conduits et dans le foie, ou bien n'étant pas facilement sécrétée dans cet organe, reste dans le liquide dont elle devait se séparer. Mais, même dans ce cas, il faut remarquer que cette théorie implique la présence du liquide biliaire dans le sang à l'état normal, ou du moins de ces principaux éléments existant avec leurs qualités propres ; or c'est sur ce point que nous trouvons la divergence des opinions.

Ne pouvant entrer dans les détails de cette discussion, je me contenterai d'en fournir les éléments. D'après les expériences de Fourcroy, de Vauquelin et de MM. Chevreul, Orfila, Lassaigue, Braconnot, les éléments de la bile existent tout formés dans le sang. En admettant ce fait, on conçoit facilement l'ictère, quelle que soit la lésion qui le cause, car la formation de la bile étant gênée dans certains cas, et dans d'autres le fluide ne s'écoulant pas dans l'intestin, imprégnant le foie et rendant cette glande impropre à une nouvelle sécrétion, il en résulte que les éléments bilaires ne peuvent plus être séparés du sang, deviennent surabondants et vont colorer tous les tissus. Mais d'un autre côté, on a dit que dans les cas où la bile se trouvait retenue dans le foie, les absorbants pouvaient la reprendre et la porter dans le torrent de la circulation. Cette manière de voir est appuyée sur les expériences de Tiedemann (1), qui a fait voir qu'en liant les canaux biliaires, les lymphatiques du foie étaient colorés par la bile, et le liquide arrivait dans le sang par le canal thoracique. En outre, quelques expériences qui peuvent se rapprocher de celles-là ont été faites par M. le docteur Simon, de Metz. Ce médecin, ayant lié les vaisseaux sanguins du foie, n'a produit qu'une atrophie sans ictère, tandis qu'en liant les canaux biliaires, l'ictère est devenu intense. Enfin nous avons vu plus haut que dans les cas d'atrophie du foie et de défaut de sécrétion de la bile, l'ictère est une affection qui n'est pas très fréquente (2). Ces objections, comme on le voit, ne laissent pas d'avoir de la valeur. Toutefois on peut y répondre par une observation qui est exacte : c'est que si l'absorption de la bile dans le foie était la cause réelle de la production de l'ictère, cette affection ne pourrait avoir lieu dans aucun des cas où l'organe n'est pas imbibé de ce liquide, où la bile peut encore couler dans l'intestin, où, en un mot, il n'y a pas surabondance du liquide biliaire. Or nous avons vu que dans les cas d'abcès, soit aigu, soit chronique, dans des cas de cancer et

(1) *Recherches expérimentales chimiques et physiologiques sur la digestion*, trad. par A.-J.-L. Jourdan ; Paris, 1827.

(2) Voy. *Atrophie*, *Cirrhose*, *Cancer du foie*, *de la vésicule*, etc.

même de cirrhose, l'ictère s'est produit en l'absence des conditions qui viennent d'être énumérées.

Il résulte de cette discussion qu'on ne peut se prononcer d'une manière rigoureuse pour l'une ou l'autre de ces manières de voir, car elles ont contre elles des objections très fortes. Cependant nous dirons que l'opinion la plus généralement reçue est celle de la rétention des éléments de la bile tout formés dans le sang, soit parce que la sécrétion est suspendue, soit parce que l'excrétion est empêchée. Quant à l'absorption du fluide biliaire dans l'intestin lui-même, c'est une manière de voir qui n'est pas défendue aujourd'hui, et qui ne pourrait s'appliquer tout au plus qu'aux cas où le liquide trouve encore une issue facile à travers les voies biliaires, c'est-à-dire aux cas les plus rares.

Dans l'*ictère simple* ou *spasmodique*, devons-nous chercher d'autres explications? Je ne le pense pas; car soit qu'on admette un *spasme des voies biliaires* qui empêche l'excrétion, soit que l'on regarde la *sécrétion* elle-même comme *suspendue* par une *perturbation nerveuse*, l'une des deux explications précédentes se présente naturellement à l'esprit; elles sont même les plus satisfaisantes, et rien ne prouve qu'il faille chercher dans d'autres circonstances la cause prochaine de l'ictère. C'en est assez sur une question fort importante sans doute au point de vue de la physiologie pathologique et de la chimie organique, mais d'un intérêt secondaire pour nous.

Je ne peux mieux faire, pour terminer ce que j'ai dit des causes prochaines de l'ictère, que de citer les conclusions suivantes posées par M. Ch. Ozanam (1) relativement à l'*ictère à forme grave*.

1° La jaunisse n'est qu'un phénomène secondaire dans l'ictère; elle n'a de valeur que pour le diagnostic.

2° Ce n'est guère à l'absorption de la bile qu'il faut attribuer les accidents, puisqu'ils peuvent se développer sans cette condition, et avant la jaunisse.

3° La cause paraît être donc le développement de cet état de malignité qui peut compliquer toutes les maladies, et par conséquent l'ictère.

§ III. — Symptômes.

Ce qu'il y aurait peut-être de plus intéressant à connaître dans la symptomatologie de l'ictère, c'est la période du début. On sent, en effet, que pour s'assurer si la maladie appartient uniquement au foie, si elle est la conséquence d'une affection des organes voisins (estomac, intestins), ou bien si ces affections se sont produites en même temps sous l'influence des mêmes causes, il serait de la plus haute importance de connaître la succession exacte des principaux symptômes. Malheureusement les auteurs ont complétement négligé ce point capital de l'histoire de l'ictère, d'où sont résultées des théories plus ou moins ingénieuses, mais non appuyées sur l'observation. Cette réflexion ne s'applique, comme on le pense bien, qu'à l'*ictère simple ou spasmodique*. Dans les cas d'*ictère symptomatique*, il est évident que la jaunisse, n'étant qu'un symptôme, n'a pu se produire que par suite de l'affection du foie lui-même. Toutefois on a encore à rechercher, dans ces cas, si cette dernière affection n'est pas sous la dépendance d'une autre maladie; mais c'est ce que nous avons fait dans les articles précédents, et il n'y a pas à y revenir,

(1) *Thèse citée*, p. 72.

ici. Je me contenterai de faire connaître ce que nous apprennent quelques cas assez détaillés, mais malheureusement trop peu nombreux, sur ce début si négligé par tous les auteurs.

Début de l'ictère simple ou spasmodique. Parmi les observations dont j'ai déjà parlé, il n'en est que douze qui donnent des renseignements assez précis sur le début de la maladie ; or, sur ces douze cas, il n'en est pas un seul qui n'ait présenté quelques symptômes plus ou moins marqués avant l'apparition de l'ictère; mais ces symptômes sont de deux espèces différentes. Chez trois individus, en effet, il n'y a eu, avant l'apparition de l'ictère, que des symptômes qui pouvaient être entièrement étrangers au tube digestif : c'étaient des *frissons*, du *malaise* et une *courbature* qu'on ne pouvait attribuer à la lésion d'aucun organe en particulier. Rien ne prouve par conséquent que l'état seul du foie ne fût pas la cause unique de ces symptômes. Dans trois autres cas, outre les phénomènes qui viennent d'être indiqués, on nota, soit une *anorexie* marquée, soit quelques *douleurs de ventre.* Chez cinq autres sujets, les symptômes qui précédèrent l'apparition de l'ictère eurent leur siége exclusif dans le tube digestif. C'étaient des *nausées*, des *vomissements* ordinairement *bilieux*, du *dévoiement ;* dans un cas, l'ictère survenant au milieu d'une colique de plomb, il y eut les symptômes intestinaux propres à cette maladie.

Que faut-il conclure de l'analyse de ces faits ? La réponse est bien difficile ; elle exigerait des recherches beaucoup plus nombreuses et beaucoup plus précises. De ce qu'il a existé dans la majorité des cas des troubles gastro-intestinaux, devons-nous en inférer que l'état du foie qui a produit l'ictère est dû tout simplement à l'extension à la glande hépatique d'une affection de l'estomac, du duodénum, ou d'une autre partie du conduit alimentaire? Mais comment s'assurer si déjà à cette époque, et même à une époque antérieure, la sécrétion biliaire n'était pas altérée, sans que cet état pathologique fût assez avancé pour donner lieu à la coloration jaune de la peau ?

Si nous examinons sous ce point de vue les cas dans lesquels l'ictère étant occasionné par une vive frayeur, s'est produit presque tout à coup, nous voyons qu'il est encore difficile de découvrir l'organe primitivement affecté. Ces faits se divisent en deux catégories : dans quelques cas, comme je l'ai dit plus haut, les sujets ont été affectés d'une jaunisse instantanée au moment où ils sont entrés dans un accès de fureur, où ils ont vu un spectacle effrayant, où ils ont reçu une mauvaise nouvelle, etc. En pareil cas, on ne peut guère admettre que l'affection ait commencé par l'estomac ou une partie quelconque du tube intestinal. On a cependant fait remarquer que l'action nerveuse produite par ces vives émotions morales se faisait principalement sentir sur les voies digestives; mais il n'y a rien là de surprenant, puisque les mêmes nerfs qui animent le foie se portent aussi à l'estomac. Du reste, ces faits servent toujours à démontrer que, même en admettant (ce que nous n'avons pu faire) que les voies digestives sont primitivement affectées, l'altération qu'elles présentent ne peut nullement être rapportée à l'inflammation.

Dans les cas où l'émotion morale est séparée de l'apparition de l'ictère par un espace de plusieurs jours, faut-il admettre que les symptômes gastro-intestinaux qui se manifestent alors sont dus à une altération de la partie supérieure du tube digestif, et non au trouble de la sécrétion biliaire lui-même? Quoiqu'il soit difficile

de se prononcer, je crois que, d'après les considérations précédentes, cette dernière supposition est celle qui est conforme à la vérité.

Quant aux cas où, en l'absence de la cause qui vient d'être indiquée, l'ictère se produit après de longs troubles de la digestion, il eût été très intéressant de savoir si pendant ces troubles intestinaux il existait dans les excrétions naturelles des signes propres à faire reconnaître que la sécrétion biliaire est diminuée ou suspendue. Je vois seulement dans deux cas que les matières fécales étaient décolorées, et que les urines présentaient la teinte ictérique plusieurs jours avant l'apparition de la jaunisse. D'autres auteurs ont signalé le même fait, mais malheureusement nous n'avons pas sur ce point un nombre d'observations assez considérable. Cependant les faits que je viens d'indiquer ont une très grande importance ; ils prouvent qu'on aurait eu grand tort de regarder, dans ces cas, l'affection gastro-intestinale comme primitive et indépendante. Il est plus que probable que les nausées, les vomissements, l'anorexie, etc., étaient causés par des obstacles à la sécrétion biliaire, dont l'intégrité est, à moins de circonstances exceptionnelles, nécessaire pour une bonne digestion.

Ainsi, autant que nous pouvons nous en rapporter à ces observations, nous devons regarder l'ictère simple ou spasmodique comme ayant son siége primitif dans le foie, et donnant lieu, au moins dans un certain nombre de cas, à des troubles intestinaux tout à fait secondaires. Je ne présente toutefois cette proposition qu'avec d'assez grandes restrictions; car rien n'est plus nécessaire que de nouvelles recherches sur ce point si négligé et cependant d'une importance si incontestable.

Début de l'ictère à forme grave. De l'analyse des observations rassemblées par M. Ch. Ozanam (1), il résulte que cet ictère peut débuter de deux manières différentes: dans l'une, le début est bénin et insidieux ; dans l'autre, la maladie se présente avec des symptômes graves dès le début. Les symptômes du début, dans le premier cas, sont : faiblesse, douleurs dans les membres et les lombes, cardialgie et coliques ; frissons alternant avec la chaleur, bouche amère, langue chargée, appétit diminué ou perdu, pouls mou. Dans le second, ce sont des syncopes répétées, du délire, des hémorrhagies, des douleurs universelles, des crampes, une vive cardialgie, un frisson violent et répété, une grande prostration, des étourdissements, l'insomnie.

Symptômes. Ce que je vais dire relativement aux symptômes s'appliquera à l'*ictère simple ou spasmodique*, et je me contenterai ensuite de rechercher si, dans certains *ictères symptomatiques*, on observe quelque chose de particulier.

1° *Ictère simple ou spasmodique.* — *Forme légère.* Le phénomène qui nécessairement frappe le plus est la *coloration de la peau* et des muqueuses. Cette coloration se montre d'abord sur les sclérotiques, et c'est là un point très important à noter, puisqu'il sert à faire distinguer l'ictère de quelques autres affections. On a même dit que la coloration jaune occupait le grand angle de l'œil avant les autres points, mais le fait n'est pas hors de doute.

La couleur jaune gagne ensuite la face ; c'est sur les parties peu colorées ordinairement, comme les ailes du nez, le pourtour des lèvres, qu'on la voit d'abord

(1) *Thèse citée*, p. 15.

apparaître, puis elle envahit le front et les autres parties; les joues, surtout lorsqu'elles sont très colorées, conservent encore, à une époque assez avancée, un reste de leur couleur naturelle. M. le docteur Villeneuve (1) a avancé, comme un fait à peu près général, que les *lèvres* deviennent d'abord pâles, puis d'un jaune intense. Mais cet auteur a pris l'exception pour la règle, car la coloration jaune des lèvres ne survient que dans des cas où l'ictère est extrêmement intense et souvent chronique.

Les parties du corps qui sont ensuite colorées les premières sont la poitrine et les bras; puis viennent le cou et le ventre, et enfin les avant-bras, les mains et les membres inférieurs. Aux extrémités, on voit les ongles présenter une coloration jaunâtre avant que la peau environnante soit colorée. Tout récemment, M. le docteur de Lonjon (2) a signalé la teinte jaune uniforme qui occupe le voile du palais et qui s'arrête brusquement à la voûte palatine. C'est, comme on le voit, dans les parties les moins colorées habituellement que se montre d'abord l'ictère, et tout porte à croire, comme on l'a dit, que cette apparition de la jaunisse, plus hâtive dans ces parties, dépend plutôt de la facilité plus grande qu'on a à la découvrir, que de la plus grande perméabilité des tissus.

La coloration commence toujours par être beaucoup moins intense qu'elle ne doit le devenir dans la suite. Ce n'est souvent, en effet, qu'une légère teinte jaune clair répandue sur une plus ou moins grande partie du corps; mais, à mesure que la maladie marche, cette teinte devient d'un jaune foncé, verdâtre, verte, et parfois d'un vert si foncé, qu'on a rangé ces cas parmi les faits de coloration due à des causes diverses, et auxquels on a donné le nom d'*ictères noirs*.

Dans certains cas, au lieu de se répandre uniformément sur tout le corps, la coloration ictérique n'occupe qu'une seule partie. Dans d'autres, les diverses teintes qui viennent d'être indiquées se trouvent combinées de manières diverses; mais ce sont là des cas plutôt curieux qu'utiles à connaître, et qu'il suffit de mentionner.

En même temps que se manifeste cette coloration, on voit survenir chez quelques malades des *démangeaisons* souvent fort vives, et qui empêchent même parfois le sommeil. Cependant il ne faut pas croire que ces démangeaisons soient un symptôme aussi fréquent que l'ont dit la plupart des auteurs. Dans les seize observations dont j'ai déjà parlé, elles ne sont jamais mentionnées, et, dans plusieurs cas même, il est dit positivement qu'elles manquaient. C'est donc seulement dans quelques cas remarquables, et dont on trouve des exemples dans divers auteurs, que ce phénomène a lieu. Ces démangeaisons sont générales, et la peau ne présente ni rougeur ni éruption qui puisse expliquer leur apparition.

On a cité encore, comme appartenant à l'ictère, une *desquamation furfuracée*, et la *chaleur brûlante* de la peau; mais les cas de ce genre sont exceptionnels, surtout dans l'ictère spasmodique.

Du côté du foie, on trouve quelques symptômes qu'il importe de noter. Parmi les observations que j'ai rassemblées, il en est onze dans lesquelles une *douleur* plus ou moins vive a été constatée, et une seule où il est dit que la douleur était nulle. Dans les autres cas, il n'est point fait mention de ce symptôme. La proportion des cas où la douleur s'est produite paraîtra sans doute considérable; car c'est

(1) *Dict. des sciences médicales*, t. XXIII, 1818.
(2) [illegible] *médic.*, avril 1845.

une opinion généralement répandue, que, le plus souvent, on ne trouve aucun symptôme dans la région hépatique; mais les choses ont été parfaitement constatées dans les observations que j'ai sous les yeux, et si l'on ne peut pas, d'un aussi petit nombre de faits, conclure que la douleur est un symptôme ordinaire de l'ictère, on doit du moins reconnaître que des recherches plus exactes doivent être faites sur ce point.

Le *siége de la douleur* est presque toujours l'*hypochondre droit;* mais rarement il reste limité à cette région. La douleur gagne ordinairement l'épigastre, parfois le flanc droit, la région lombaire, et même la région dorsale. Rarement cette douleur est vive; parfois elle se manifeste *spontanément*, et est en même temps *exaspérée par la pression:* c'est ce qui avait lieu dans un des cas que j'ai sous les yeux. Dans les autres, elle est simplement spontanée, ce qui est le cas le plus ordinaire; ou bien encore, elle ne se manifeste que sous la pression : c'est ce qu'on observait chez quatre sujets. Je n'ai pas besoin de faire ressortir l'importance de ce symptôme, qui, je le répète, a été beaucoup trop négligé.

La *palpation* et la *percussion* doivent être employées avec soin pour reconnaître l'état du foie et de la vésicule biliaire. Dans ces derniers temps, on a beaucoup insisté sur l'état de cette dernière dans l'ictère spasmodique. Suivant M. Piorry, la vésicule se trouve distendue par la bile, sinon dans la totalité des cas, du moins dans un bon nombre, et il résulte de cette distension une matité particulière ayant son siége au-dessous du rebord des fausses côtes, derrière le muscle droit, et présentant la forme du fond de la vésicule; de telle sorte que, cette matité étant limitée en bas par l'intestin qui donne un son clair, on peut facilement trouver la circonférence de la vésicule distendue. Dans deux des cas dont je donne l'analyse, il y a eu, au niveau de la vésicule biliaire, une matité dépassant légèrement le bord inférieur du foie, mais, dans les autres, on n'a observé rien de semblable. J'ai souvent recherché avec soin cette matité dans d'autres cas que je n'ai point mentionnés ici, et presque toujours je l'ai vue manquer complétement; en sorte que M. Piorry a donné comme une règle générale ce qui n'est, en réalité, qu'une exception.

Il est fort rare également que l'on sente, soit par la palpation, soit par la percussion, une augmentation de volume du foie. Dans deux cas seulement, on a constaté que le bord inférieur de l'organe *débordait les fausses côtes*, mais d'un travers de doigt seulement. Malheureusement, on a négligé de s'assurer, à la sortie des malades, si le foie était revenu à son volume normal; on ne peut donc pas savoir s'il y avait chez eux un volume du foie naturellement plus grand qu'à l'ordinaire, ou s'il existait un gonflement morbide. En somme, on voit que la palpation et la percussion, qui sont si utiles dans les cas où l'ictère est occasionné par une affection organique du foie, ne nous apprennent autre chose, dans l'ictère spasmodique, que l'absence presque complète des symptômes locaux que ces moyens d'exploration sont destinés à faire découvrir.

L'*état de l'urine* se rattache si directement aux symptômes qui viennent d'être indiqués, que je dois le mentionner ici. Ce liquide est généralement peu abondant, variant du jaune foncé au rouge brun, et ordinairement présentant cette dernière teinte. Il paraît épais, et cependant, dans les cas d'ictère spasmodique, il conserve sa transparence, et ne donne pas lieu à des dépôts plus abondants que

dans l'état de santé. Parfois on voit que sa surface est brillante et irisée comme si elle était recouverte d'une légère couche de matière grasse. Mais cet aspect huileux des urines est loin d'être constant; il a vainement été recherché dans la plupart des cas dont je présente l'analyse. Cet état des urines est dû à la présence des parties constituantes de la bile, et surtout à la matière colorante. Celle-ci y est quelquefois tellement abondante, que le linge des malades en est fortement taché en jaune.

Du côté des *voies digestives*, on trouve des symptômes importants. L'*appétit* est généralement perdu, et nous avons vu plus haut qu'il l'était ordinairement avant même l'apparition de l'ictère. Au bout de quelques jours, il peut se rétablir, alors même que la coloration n'a rien perdu de son intensité; mais cela n'a pas lieu, du moins dans la grande majorité des cas, lorsque la jaunisse fait encore des progrès.

On a indiqué comme un symptôme appartenant à l'ictère une *soif* assez vive; mais les cas dans lesquels on observe ce symptôme sont exceptionnels. Parmi les sujets dont j'ai l'observation sous les yeux, un seul a eu une soif médiocre. On a sans doute été induit en erreur par des cas de véritable hépatite.

La *langue* n'offre, quoi qu'on en ait dit, rien de remarquable : naturelle chez six sujets, jaunâtre seulement chez trois autres, elle ne présentait d'amertume que dans deux cas; en somme, on ne trouvait dans l'état de la bouche rien qui ressemblât complétement à la description qu'on en donne ordinairement, et qui est commune à toutes les affections réputées bilieuses.

Les *vomissements*, sans être, à beaucoup près, un symptôme essentiel de la maladie, ont cependant plus d'importance que quelques auteurs ont voulu le dire. Sur six sujets parmi les seize dont j'ai déjà parlé, il y a eu des vomissements qui cinq fois étaient formés de matières vertes ou jaunes, et très amères, c'est-à-dire de bile. Ce symptôme se montre ordinairement dans les cas d'ictère intense. Nous avons vu, à l'occasion du début, qu'il fallait l'attribuer plutôt à la perversion de la sécrétion biliaire qu'à un état pathologique de l'estomac. Des *nausées* accompagnent toujours ces vomissements, et par moments existent seules.

L'*état des selles* doit toujours être examiné concurremment avec l'état des urines. Dans la majorité des cas, on observe une *constipation* plus ou moins opiniâtre, et les matières rendues sont sèches, dures, *décolorées*. Cette dernière circonstance, jointe à la présence de la bile dans les urines, prouve que ce liquide, en même temps qu'il a passé dans le sang, a cessé de couler dans l'intestin. Il est quelques cas où, tout en présentant la décoloration que je viens d'indiquer, les selles restent normales sous tous les autres rapports; ces cas sont rares. On voit aussi chez quelques sujets se montrer, dans le cours de la maladie et pendant un temps plus ou moins long, un *dévoiement* qui, dans aucun des cas que j'examine, n'a été abondant et n'a exigé aucun moyen pour l'arrêter. Ce qu'il y a eu de remarquable, c'est que, chez un sujet, les selles étaient entièrement décolorées, alors même qu'il existait de la diarrhée.

La *céphalalgie* est un symptôme qui est regardé comme très fréquent dans l'ictère; cependant je ne le trouve mentionné que dans deux des cas que j'ai cités plus haut. Il reste donc encore à faire des recherches exactes sur ce point. Du

reste, la céphalalgie est générale et ne présente rien qui soit propre à l'affection dont il s'agit.

Rarement il existe de la *fièvre* dans le cours de l'ictère, et même, lorsque l'on peut constater la présence d'un mouvement fébrile, on le trouve si léger, qu'à peine est-il nécessaire d'en tenir compte. Ainsi, chez les sujets déjà cités, le *pouls* n'est monté à quatre-vingt-douze que dans un seul cas où il existait des symptômes de *bronchite*. Dans les autres, il ne s'est pas élevé au-dessus de quatre-vingt-huit, où il n'est resté que très peu de temps, retombant parfois au-dessous du type normal. Un sujet n'offrit que cinquante-deux pulsations pendant toute la maladie. Le plus souvent le pouls est calme, sa largeur n'est pas augmentée, en un mot il est naturel.

Les *sueurs* ne sont pas un symptôme qui appartienne en propre à l'affection. Cependant, chez quelques malades, on trouve soit une simple moiteur, soit une sueur médiocrement abondante, et quelquefois, lorsque l'ictère est très intense, on remarque que le liquide de la transpiration *tache en jaune* le linge du malade. Les cas de ce genre sont exceptionnels.

Pendant que tous ces symptômes se produisent, il est rare que les *forces* subissent quelque altération. Au commencement de l'affection, il peut arriver, comme nous l'avons constaté, qu'on observe un certain degré de *courbature*, et alors les forces sont plus ou moins opprimées; mais cet état ne dure pas, et bientôt les malades peuvent agir à peu près aussi bien que dans l'état de santé.

Ictère à forme grave. Les symptômes ont une intensité bien plus grande, et il s'en est montré quelques uns que nous n'avons pas signalés.

La *cardialgie* est ordinairement très violente, et la douleur est exaspérée par la pression.

On observe des *étouffements* et une grande anxiété précordiale.

Il survient des *vomissements* répétés : d'abord aqueux, puis bilieux.

L'*appétit* est en général complétement perdu. Quelquefois il y a une sensation de faim anormale. Le *ventre* est quelquefois ballonné et douloureux. Tantôt on observe des selles diarrhéiques et bilieuses; tantôt une *constipation* opiniâtre. Les *urines* ont le caractère ictérique habituel.

Il survient des *hémorrhagies* diverses. Ce sont principalement des *épistaxis* abondantes, parfois difficiles à arrêter; l'*hématémèse*, l'hémorrhagie intestinale; des *hémorrhagies interstitielles*; des *ecchymoses* sous-cutanées et sous-séreuses; des *hémoptysies*. Dans un cas que j'ai observé à la Pitié, il y a une dizaine d'années, j'ai vu une *péricardite hémorrhagique*.

On observe ensuite un *délire* variable, parfois violent, des *convulsions*, des *frissons*, des *tremblements nerveux*.

Au délire succède la *somnolence* et le *coma*.

La *respiration* est souvent anxieuse; il y a de la dyspnée.

Le *pouls*, d'abord fréquent, devient ensuite lent, et ordinairement irrégulier. Par moments il y a un retour de la fréquence à laquelle succède la lenteur.

Dans quelques cas, le *coma* se manifeste presque dès le commencement. Au reste, il est à remarquer que les symptômes sont souvent très variables.

A une époque plus avancée, les *sens* paraissent anéantis. Il y a une *prostration* générale et complète, au milieu de laquelle se manifeste par moments une agitation vive et passagère.

Les *selles* sont rendues involontairement, ou bien la constipation persiste pl
opiniâtre que jamais, et à ce symptôme se joint la *rétention d'urine.*

On observe, en outre, le refroidissement de la *peau* qui devient visqueuse, l
dilatation de la *pupille* et son immobilité dans les derniers moments.

Puis le *coma* devient plus profond; il survient des *paralysies* diverses (paralys
faciale, résolution des membres); quelquefois les convulsions persistent.

Le *pouls* reprend sa régularité, devient très fréquent, petit, misérable.

Enfin le malade succombe dans une insensibilité complète.

Dans les cas où la maladie doit se terminer par la guérison, on voit d'abord di
paraître les paralysies. Puis la cardialgie cesse et les autres symptômes s'améli
rent. Mais tout cela n'a pas lieu sans des alternatives de mieux et de plus mal. l
faiblesse persiste souvent longtemps. L'estomac conserve une plus ou moins gran
susceptibilité. Il y a encore quelques épistaxis. Quelquefois la vue reste troubl
pendant un certain temps. La teinte ictérique ne se dissipe souvent qu'avec le
teur. Dans un cas que j'ai observé récemment à l'hôpital Sainte-Marguerite, il y
eu un œdème considérable des membres inférieurs, qui a mis un temps fort lon
à se dissiper. On a signalé quelques *phénomènes critiques ;* mais les faits ne so
ni assez nombreux ni assez concluants pour fixer notre opinion sur ce point (1).

2° *Ictère symptomatique.* Telle est la description de l'ictère spasmodique
Trouvons-nous, dans les cas d'*ictère symptomatique*, quelque chose qui en di
fère? On peut dire, d'une manière générale, que ce dernier ictère est de plu
longue durée et qu'il se produit moins rapidement; mais encore, sous ce rapport
il y a une très grande variabilité selon l'espèce d'affection sous l'influence de la
quelle se produit l'ictère. C'est ainsi que les caractères qui viennent d'être men
tionnés sont surtout propres à la jaunisse qui se montre dans le cours des affection
chroniques du foie.

Quant à l'intensité de la coloration morbide, aux démangeaisons, aux trouble
intestinaux, à l'état des urines et des selles, on ne trouve point de différence réelle
du moins pour la majorité des cas. Au reste, dans l'ictère symptomatique, ces der-
niers symptômes sont presque toujours sous l'influence de la lésion hépatique,
qu'il faut avoir grand soin de rechercher.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison de la maladie.

Il est bien évident qu'il ne doit s'agir ici que de l'*ictère simple, spasmodique,
essentiel.* Il serait, en effet, impossible d'indiquer d'une manière générale la marche,
la durée et la terminaison de l'ictère lié aux affections du foie, puisque tout dépend
de ces affections elles-mêmes, si variables dans leur acuité et dans leur gravité.

Nous avons vu que, dans un certain nombre de cas, l'ictère a une *marche* extrê-
mement rapide au début. Il faut un temps très court, quelques minutes (ce qui est
fort rare) ou quelques heures, pour que le corps devienne entièrement jaune chez
certains individus. Mais dans la grande majorité des cas, on voit la maladie marcher
bien plus lentement, et envahir, dans l'espace de trois ou quatre jours, les diverses
parties du corps dans l'ordre indiqué plus haut; puis l'affection semble rester sta-
tionnaire pendant quelques jours encore, et enfin on la voit disparaître en sens in-

(1) Tous ces symptômes sont exposés avec beaucoup de soin dans la thèse de M. Ch. Ozanam,
qu'on consultera avec fruit sur ce point, comme sur tous les autres.

verse de son apparition, c'est-à-dire que les extrémités, puis les membres, puis le tronc, et enfin la face, reprennent progressivement leur couleur naturelle. Les sclérotiques, qui étaient devenues jaunes les premières, conservent encore la couleur morbide lorsqu'elle a disparu partout ailleurs.

Dans l'*ictère grave*, M. Ch. Ozanam a décrit *deux périodes*, l'une d'*excitation*, ayant pour principaux symptômes l'agitation, le délire, les convulsions, les douleurs, les vomissements ; l'autre de *collapsus* dont les principaux symptômes sont les paralysies, le coma, les diverses hémorrhagies autres que les épistaxis. Mais il n'est pas toujours facile de séparer ces deux périodes, les symptômes dans l'une et dans l'autre étant très variables, comme je l'ai dit plus haut.

La *durée* de l'ictère est assez variable ; on peut dire que, dans les cas les plus ordinaires, elle a pour limites dix-huit et trente jours. Parmi les sujets dont j'ai les observations sous les yeux, deux seulement n'ont été guéris qu'au bout de quarante-cinq jours. Aucun n'a été malade moins de dix-huit jours.

Dans l'*ictère grave* la maladie se termine parfois par la mort en un temps très court (deux ou trois jours).

La *terminaison* de l'*ictère simple* ou *spasmodique* est toujours heureuse ; on n'a pas cité un seul cas où cette maladie ait entraîné à sa suite des accidents graves ; et si quelquefois on a pu croire qu'il en était ainsi, c'est qu'on a pris pour un ictère simple un ictère lié à une affection commençante du foie, affection qui s'est momentanément améliorée pour se reproduire plus tard, ou bien c'est qu'on a eu affaire à de simples coïncidences.

L'*ictère essentiel à forme grave* offre, au contraire, un extrême danger, car sur seize cas rassemblés par M. Ch. Ozanam (1), il n'y eut que deux guérisons.

§ V. — Lésions anatomiques.

Ictère bénin. D'après ce que je viens de dire de la terminaison constamment heureuse de la maladie, on comprend que ce qu'on a avancé sur l'état anatomique du foie, dans l'*ictère simple*, n'est pas fondé sur l'observation. Je ne connais pas d'autopsie faite dans des circonstances favorables pour étudier cette question, c'est-à-dire chez un sujet qui, étant affecté d'ictère simple, aurait succombé à une affection intercurrente ou par suite d'un accident. On peut donc supposer, d'après l'état de dilatation dans lequel on voit quelquefois la vésicule biliaire, que l'organe hépatique se trouve lui-même imbibé de bile ; mais il y a loin de cette supposition à une démonstration directe.

Quant à l'état des divers tissus par suite de suffusion biliaire, il suffit de dire que tous, jusqu'à la substance spongieuse des os, jusqu'au tissu du cœur et même à la substance cérébrale, ont été, dans quelques circonstances, trouvés d'une couleur jaune plus ou moins foncée. Mais c'est le tissu adipeux qui, d'après les recherches de Valsalva et du docteur Vedemeyer (2), est le plus fortement coloré. Quant au tissu cellulaire et aux membranes séreuses, souvent la coloration y est moins marquée, ce qui n'empêche pas les liquides contenus dans ce tissu et dans les cavités séreuses d'avoir une coloration très foncée. Mais il serait inutile d'insister davantage sur ces détails, car la matière colorante de la bile se trouvant dans

(1) *Thèse citée*, p. 23.
(2) *Journ. des progr.*

le sang, on conçoit facilement qu'il n'est pas de tissu où ce liquide ne puisse aller porter la coloration jaune.

Ictère grave. Dans les cas rassemblés par M. Ozanam on ne trouve pas de lésions anatomiques propres à l'affection; c'est ce qui lui fait donner le nom d'ictère essentiel. Je ne m'arrêterai, par conséquent, pas à décrire les congestions, les hémorrhagies, les diverses colorations qu'on trouve dans les organes, ainsi qu'on devait le prévoir d'après les symptômes observés pendant la vie.

Les altérations anatomiques propres à l'*ictère symptomatique* ont été indiquées dans chacun des articles consacrés aux diverses affections qui lui donnent lieu.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Diagnostic. Il est extrêmement facile, dans la très grande majorité des cas, de s'assurer qu'il existe un ictère; mais d'abord lorsque la coloration en jaune, due à la suffusion de la bile, est encore commençante et très peu intense, on peut la confondre avec des colorations morbides dues à quelques autres maladies; en second lieu il importe de donner quelques signes qui fassent reconnaître que l'ictère est réellement simple et n'appartient pas à une affection organique du foie. Enfin, nous avons vu qu'il peut se présenter des cas dans lesquels les symptômes sont très intenses et où l'on peut croire à l'existence d'une autre maladie: ce sont ceux dans lesquels l'ictère se présente sous la *forme grave*. Sous ces points de vue, le diagnostic de l'ictère mérite de nous arrêter un instant.

La *fièvre jaune* présente, comme chacun sait, parmi ses principaux caractères, une coloration réellement ictérique; mais il est des circonstances qui ne permettent pas de confondre cette maladie avec un ictère ordinaire. D'abord la fièvre jaune est une affection épidémique; elle est remarquable par une fièvre intense, et, ainsi que l'a constaté M. Louis, la couleur jaune des yeux est précédée d'une injection rouge, toujours plus ou moins marquée. En outre, on a pour se guider les hémorrhagies, la suppression de l'urine, symptômes si remarquables dans la fièvre jaune. La différence entre les deux affections est d'autant plus tranchée, qu'on ne pourrait les confondre que dans les cas de fièvre jaune très légère. Or, dans celle-ci, l'ictère manque fréquemment, ainsi que l'a encore noté l'auteur que je viens de citer. Je n'ai pas cru devoir passer sous silence ce diagnostic qui peut nous paraître peu important, parce que la fièvre jaune n'est pas une affection de nos climats, mais qui, dans les lieux où cette maladie sévit, a au contraire un intérêt très grand, puisqu'au commencement des épidémies on peut être embarrassé sur les premiers cas qui apparaissent, et que parfois aussi on peut avoir affaire à des cas de *fièvre jaune sporadique.*

Dans les cas d'*ictère essentiel à forme grave*, le diagnostic, entre cette affection et la *fièvre jaune*, a plus d'importance. On le comprendra sans peine quand on saura que quelques médecins, trompés par les apparences, ont cru que les cas d'ictère grave observés en France et en Angleterre pourraient être rapportés à la fièvre jaune, et qu'on lui a même donné les noms de *typhus d'Amérique* et de *fièvre jaune d'Édimbourg*. Voici les deux principaux signes qui servent à distinguer ces deux affections :

La fièvre jaune arrive, en général, avec plus de rapidité à un haut degré de gra-

vité. Elle présente, dans les premiers jours, une injection générale des téguments, avec rougeur des yeux et larmoiement. Dans l'ictère grave, au contraire, le début est souvent très bénin, et les yeux n'offrent une injection veineuse prononcée qu'après quelques jours de maladie. Dans la fièvre jaune, les hémorrhagies autres que l'épistaxis arrivent plus promptement, sont plus nombreuses et plus variées. Il y a, en particulier, des vomissements noirs, qui ont valu à la maladie le nom de *vomito negro*, et qu'on ne retrouve plus dans l'ictère grave. Dans la fièvre jaune, il y a, en général, plutôt une ictéricie qu'un véritable ictère; et dans la seconde période, elle présente une intégrité des fonctions intellectuelles souvent très remarquable. Nous avons vu, au contraire, que, dans l'ictère, le coma remplaçait un délire plus ou moins violent. Enfin, on a noté dans l'ictère grave des éruptions rubéoliques ou autres, qui ne sont pas mentionnées dans la fièvre jaune (1).

Dans la *chlorose*, il existe une pâleur à laquelle se mêle souvent une teinte légèrement jaunâtre; mais on ne peut pas confondre cet état avec un *ictère simple ou spasmodique*, par la seule raison que la chlorose est une affection chronique, et que, pendant son cours, la coloration dont nous venons de parler reste stationnaire, ou du moins ne dépasse pas des limites très bornées. On pourrait tout au plus confondre la teinte jaunâtre de la chlorose avec certains *ictères symptomatiques* légers, et produits par une lésion chronique du foie. En pareil cas, l'état stationnaire de la teinte chlorotique, la décoloration des muqueuses de l'œil, l'absence de couleur jaune sur la sclérotique, joints aux symptômes propres à la chlorose (2), font facilement éviter l'erreur. Les mêmes réflexions s'appliquent à la couleur jaune-paille du *cancer* et jaune terreuse des *fièvres intermittentes*, et l'on a également, pour se guider, les symptômes propres à ces affections, qui sont ordinairement très tranchés.

Quant à la teinte jaune terreuse due à l'*intoxication saturnine*, et désignée sous le nom d'*ictère saturnin*, elle diffère de celle de l'ictère proprement dit en ce qu'elle est toujours moins intense, en ce qu'elle s'est produite lentement, qu'elle n'occupe pas les sclérotiques, qu'elle s'accompagne du liséré ardoisé des gencives autour du collet des dents, et enfin qu'il n'y a ni aspect bilieux des urines, ni décoloration des selles, phénomènes qui ne se rencontrent pas davantage dans les affections précédemment énumérées. Ce qui prouve qu'il n'y a aucun rapport entre cette coloration due à l'empoisonnement par le plomb et celle qui est causée par la suffusion de la bile, c'est que, dans les cas où la colique de plomb se complique d'un véritable ictère, les choses deviennent tout à fait différentes, et les symptômes se passent exactement comme nous l'avons indiqué dans la description précédente; or les faits de ce genre ne sont pas rares. M. Tanquerel des Planches (3) a vu, en effet, cinquante et une fois l'ictère se produire dans le cours de la colique de plomb, et j'ai cité plus haut un fait du même genre.

Je ne parlerai pas de diverses autres colorations, telles que la *cyanose*, la couleur particulière produite par le *nitrate d'argent pris à l'intérieur*, etc., parce qu'elles diffèrent trop de celles qui constituent l'ictère.

Maintenant, quels sont les signes propres à faire reconnaître si l'ictère est réel-

(1) *Voy.* CH. OZANAM, *Thèse citée*, p. 74 et suiv.
(2) *Voy.* t. II, article *Chlorose*.
(3) *Traité des maladies de plomb*, t. Ier, p. 227.

Eau.................................. Q. s.

Ajoutez à la colature de 120 grammes de cette décoction :

Sirop de camomille.................... 30 gram.

Dose : une cuillerée à bouche toutes les trois heures.

Purgatifs. Les purgatifs sont d'un usage général ; on donne ordinairement des purgatifs doux, comme les *sels neutres*, l'*huile de ricin*, et chez les enfants les *sirops* de *nerprun* et de *chicorée*.

Le *calomel* a été aussi vanté. Michaelis (1) et Hufeland lui-même (2) en ont vanté l'efficacité. Ce dernier l'associait à de petites doses de *rhubarbe*. Suivant Laubender (3) et Pitschaft (4), l'*aloès* a une efficacité particulière. Le premier administrait cette substance à la dose de 0,25 grammes deux ou trois fois par jour d'abord, puis à une dose moins élevée, et le second recommandait la formule suivante :

℞ Eau de fenouil.......... 180 gram.
Extrait aqueux d'aloès.... 0,30 gram.
Extrait de pissenlit...... 8 gram.
Eau concentrée d'amandes amères, de........... 4 à 6 gram.

A prendre par cuillerées à bouche.

La *rhubarbe* surtout a joui d'une grande réputation, mais rien ne prouve qu'elle agisse d'une autre manière que les autres purgatifs qui viennent d'être mentionnés. On donne ce médicament sous les formes les plus diverses. Aux adultes on le prescrit à la dose de *quatre à six grammes en poudre*. Chez les enfants, on peut le donner sous forme de sirop ou de pastilles, etc. Dans le traitement de l'ictère, on l'a associé aux substances les plus variées. Il serait inutile d'indiquer ici les diverses formules.

Les *narcotiques* ont encore été préconisés. Parmi eux il faut distinguer d'abord la *ciguë*, qui, d'après Stoerck, serait un véritable *antiictérique*, lorsqu'elle est jointe aux pilules de Belloste, selon la formule suivante :

℞ Extrait de ciguë............. 4 gram. | Masse pilulaire de Belloste... 0,8 gram.

Mêlez. Faites 60 pilules. Dose : de 1 à 2 par jour.

Le docteur Mac-Grégor unit cette substance au *quinquina*.

Je citerai encore la *belladone*, parce qu'elle a été fortement recommandée par le docteur Greding (5) et par Richter (6). Ce dernier a appliqué ce médicament sous forme *topique* ; et comme sa formule contient en même temps plusieurs autres substances destinées à combattre l'ictère, je crois devoir l'indiquer ici :

℞ Extrait de ciguë............ 30 gram.
de jusquiame........ 15 gram.
de belladone........ 4 gram.
Acétate d'ammoniaque liquide, Q. s. pour un cataplasme.

Prenez la moitié du mélange, étendez-le sur du cuir, et appliquez-le sur l'hypochondre.

Je pourrais multiplier beaucoup ces indications de remèdes ; mais, comme on

(1) *Hufeland's Journ.*, t. XXXIV.
(2) *Ibid.*, t. XXVIII.
(3) *All. med., Ann.*, 1801.
(4) *Hufeland's Journ.*, 1833.
(5) *De bellad. virib.*, etc.
(6) *Spec. therap.*, t. IV.

le voit, nous ne pouvons que signaler la plus ou moins grande confiance que les auteurs ont eue en eux ; et nullement leur efficacité. Je me contenterai donc d'ajouter qu'on a encore recommandé les *ferrugineux*, le *quinquina* (Camerarius), la *graine de chanvre* (Sylvius), la *glace*, la *thériaque* (Galien), et enfin le *gayac*, le *safran*, le *jaune d'œuf*, le *suc de carotte*, etc. Ces dernières substances ont été prescrites principalement à cause de leur couleur jaune, et ce seul fait suffit pour montrer combien peu on doit avoir de confiance en elles.

En somme, on voit que nous n'avons sur ce point de thérapeutique que les renseignements les plus vagues. Pour parvenir à quelque résultat utile, il faudrait nécessairement, après avoir bien étudié la marche de la maladie et sa durée, réunir un nombre suffisant de cas dont le diagnostic serait bien positif, et à l'aide desquels on rechercherait non si les individus ont guéri, puisque dans l'ictère simple la guérison est constante, mais quels ont été les effets immédiats des médicaments, et en combien de temps on a obtenu la guérison. Mais c'est un travail auquel personne n'a pensé.

Tout ce que nous pouvons conclure des détails présentés plus haut, c'est que le traitement doit principalement consister dans l'emploi des *purgatifs* doux, de quelques *narcotiques* à dose peu élevée s'il y a une gêne marquée dans l'hypochondre droit, et dans l'administration de *boissons délayantes*. Les délayants et les moyens qui entretiennent la liberté du ventre suffisent presque toujours, sinon toujours. La guérison est prompte sous leur influence. C'est un fait qu'il est important de constater, afin qu'on ne se croie pas obligé de fatiguer les malades par des remèdes inutiles.

Quant au *régime*, nous avons vu que, dans les premiers jours, l'appétit était fortement diminué ou perdu. Les malades ont alors naturellement tenus à la *diète*. Plus tard, lorsque l'appétit revient, on ne doit pas être trop sévère, et l'on ne doit pas craindre de permettre des aliments légers ; car, ainsi que nous l'avons vu, les voies digestives n'offrent aucune lésion réelle. Le *repos*, l'*absence de toute contention d'esprit* et l'*éloignement de tout ce qui pourrait produire quelque émotion morale*, complètent les *précautions générales* qu'il importe de prendre dans l'ictère.

Traitement de l'ic ère essentiel à forme grave. Il faut dire d'abord que les principaux moyens de traitement prescrits dans la forme bénigne ont été aussi mis en usage dans la forme grave.

Les *saignées* et en général les *antiphlogistiques* sont employés avec ménagement par tous les auteurs ; on n'a recours aux émissions sanguines que contre les congestions.

Les *purgatifs* sont d'un fréquent usage ; mais, dans les cas connus, ils n'ont pas eu de succès bien évidents, pas plus que les *mercuriaux*, et en particulier le *calomel*, très employés par les Anglais.

M. Corrigan accorde une très grande efficacité aux *vomitifs*, et surtout à l'ipécacuanha qu'il donne à la dose de 2 grammes tous les deux jours. Depuis cinq ans qu'il l'emploie, il n'a, dit-il, perdu aucun malade (1). C'est donc un moyen qu'il faut vivement recommander au praticien.

Les *vésicatoires* ont réussi dans quelques cas à arracher les malades au coma.

(1) Voy. CH. OZANAM, *Thèse citée*, p. 97.

M. Baudon (1) a réussi, en en appliquant un *sur le trajet du nerf phrénique*, à dissiper un hoquet durant depuis plusieurs jours.

L'*opium* n'a pas réussi. La *belladone* (*voy.* le traitement de M. Greding, p. 258) n'a pas eu plus de succès dans un cas observé par M. Ozanam. Cet auteur (2) cite deux cas dans lesquels l'*alcoolature d'aconit* (10 gouttes et plus) a réussi à enrayer les symptômes.

Le *cyanure de potassium*, l'*éther*, le *castoréum*, n'ont eu aucun effet heureux appréciable.

Diurétiques. Je dois ajouter que, dans un cas excessivement grave que j'ai traité, en 1849, à l'hôpital Sainte-Marguerite, j'ai vu le malade guérir après l'administration prolongée du nitrate de potasse à la dose de 4 à 6 grammes par jour. C'est un fait qui doit engager les praticiens à mettre en usage les diurétiques.

Il n'est point nécessaire, comme on le voit, de donner des ordonnances pour le traitement si simple que nous adoptons.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émollients ; émissions sanguines ; sels neutres et alcalins ; ammoniaque ; acides ; vomitifs et principalement ipécacuanha ; purgatifs ; narcotiques ; ferrugineux, quinquina ; antispasmodiques ; aconit ; diurétiques, etc. ; soins hygiéniques.

CHAPITRE III.

MALADIES DE LA RATE.

Les affections de la rate sont beaucoup moins bien connues encore que celles du foie ; M. le docteur Heinrich (3) a réuni le plus grand nombre des faits relatifs aux affections de la rate pour en faire une histoire complète, et l'on peut voir dans son ouvrage combien les documents sont encore insuffisants sur beaucoup de points.

Mais heureusement que, considérées comme affections indépendantes, elles sont rares, et que, dans un très grand nombre de cas, elles ne donnent lieu à aucun accident grave. Aussi ce n'est guère que sous le rapport de l'anatomie pathologique qu'elles ont été étudiées. Un seul état morbide a donné lieu à des recherches et à des discussions importantes : c'est l'*engorgement de la rate dans les fièvres intermittentes ;* mais ce n'est pas dans ce chapitre que je dois traiter ce point très intéressant, qui sera étudié avec le plus grand soin à l'article consacré aux *fièvres intermittentes*.

Ayant mis cette question de côté, il nous reste, comme on peut le voir, bien peu de chose à dire sur les affections de la rate. Il n'en est que trois, en effet, qui méritent de nous arrêter un instant : ce sont d'abord la *splénite* et l'*engorgement chronique* de la rate, considérés indépendamment des fièvres intermittentes. Mais nous avons si peu de renseignements précis sur ces maladies, surtout sous les

(1) *Gaz. méd.*, 1846.
(2) *Thèse citée*, p. 99.
(3) *Die Krankheiten der Milz*, etc.; Leipsick, 1847.

rapports étiologique, pathologique et thérapeutique, que je ne pourrais, sans tomber dans des détails oiseux, chercher à les envisager sous ces divers points de vue.

La troisième de ces affections est la *rupture* de la rate, qui produit des accidents promptement mortels. Dans ces derniers temps, M. Vigla (1) a publié sur cette lésion un mémoire d'un très haut intérêt ; mais, comme l'a très bien remarqué ce médecin, la rupture de la rate n'est point un accident dû à une affection primitive; elle survient dans le cours de maladies fébriles, dont l'état particulier de l'organe qui donne lieu à la rupture est une simple conséquence. Il suffira donc d'indiquer en peu de mots ce qui, d'après les recherches de M. Vigla, appartient en propre à cette rupture, sauf à y revenir dans la péritonite suraiguë, à propos des symptômes du début, et dans les affections diverses qui donnent lieu au travail morbide qui la précède.

ARTICLE Ier.

SPLÉNITE.

Cette maladie, extrêmement rare, est très peu connue : cependant on ne peut élever de doutes sur son existence, puisque plusieurs ouvertures de corps ont montré des abcès ayant leur siége dans le tissu splénique. Mais, alors même que l'inflammation est parvenue à un degré assez haut pour produire la suppuration, les symptômes sont obscurs, ou du moins les observations rares que nous possédons n'ont pas été prises avec assez de soin pour qu'on ait pu distinguer facilement les phénomènes qui caractérisent cette maladie. Voici en quelques mots ce qui, d'après les faits les plus précis, s'observe dans l'inflammation de la rate.

Causes. On ne sait rien de positif sur les *causes prédisposantes :* on a dit que les hommes étaient plus sujets à cette affection que les femmes, mais les preuves manquent. Ce que nous savons d'une manière certaine, c'est que la splénite est une maladie presque toujours *secondaire.*

Parmi les *causes occasionnelles*, je me bornerai à citer les violences extérieures, le refroidissement et les courses longues et rapides; encore l'existence de ces causes, sauf la première, n'est-elle pas mise hors de doute. Quant aux émotions morales, aux suppressions du flux, à l'extension de l'inflammation des organes voisins à la rate, on en a plutôt supposé que démontré l'existence.

Début. Les principaux symptômes du *début* qui ont été signalés sont les frissons, la chaleur et des sueurs abondantes (2) ; mais, dans les cas où les choses se passent ainsi, n'y a-t-il pas de véritables accès de fièvre intermittente ?

Symptômes. Parmi les *symptômes* de la maladie confirmée, on a indiqué principalement la *perte de l'appétit*, la *soif*, les *nausées*, les *vomissements*, une *tension*, une *gêne*, une *douleur* plus ou moins vive dans l'hypochondre gauche et dans l'épigastre, douleur qui s'irradie vers l'abdomen et l'épaule gauche.

L'aspect de la région splénique ne présente rien de remarquable tant qu'un abcès superficiel ne s'est pas formé; mais si l'on pratique la *percussion*, on peut s'assurer qu'il y a un *gonflement* plus ou moins considérable de l'organe. On constate

(1) *Recherches sur la rupt. spontan. de la rate* (*Arch. gén. de méd.*, déc. et janv. 1844-45).
(2) DALMAS, *Dict. de méd.*, article RATE.

en même temps un certain degré de *sensibilité à la pression* ; et si le gonflement est très considérable, la *palpation* exercée sous le rebord des fausses côtes gauches fait reconnaître une *résistance* avec sensibilité, due au développement de la rate du côté de l'abdomen.

Abcès. Dans les cas où un abcès considérable se produit, on observe des phénomènes analogues à ceux que nous avons décrits dans les cas d'*abcès du foie*, c'est-à-dire qu'il y a du gonflement, de l'empâtement, une rougeur diffuse, et qu'enfin une *fluctuation* plus ou moins manifeste finit par se produire. En général, c'est vers les lombes que se montrent ces signes d'accès, ce qui rend le diagnostic fort difficile.

Dans les cas d'inflammation intense, la *fièvre* est considérable, et, suivant quelques auteurs, revient par *accès irréguliers ;* mais il faudrait avoir des faits plus nombreux que ceux que nous possédons pour se prononcer sur ce point. Signalons seulement les faits suivants : M. le docteur Chiappini (1) a cité un cas d'abcès de la rate remarquable en ce qu'il y eut des accès de fièvre intermittente, mais qui ne se manifestèrent que le huitième jour de la maladie. Jusqu'alors la fièvre avait été continue. M. le docteur Charlton (2) a observé un cas semblable chez un homme de quarante-deux ans, habituellement bien portant. Les symptômes furent la soif, l'anorexie, une douleur vive dans le trajet du colon et à l'épigastre, une sensation de plénitude et de résistance dans l'espace compris entre les fausses côtes et l'ombilic, et un mouvement fébrile intense. Le malade succomba dans le marasme avec des symptômes cérébraux et fébriles violents. *Il n'y avait pas d'intermittence réelle ;* seulement les jours étaient plus calmes que les nuits. A l'autopsie, on trouva dans la rate une cavité de 5 à 7 pouces de diamètre, pleine de pus mêlé de sang.

Enfin on a noté la *constipation*, l'*abattement*, et, plus tard, la *diarrhée* avec un *affaiblissement* extrême, l'*agitation*, le *délire*, phénomènes qui précèdent la mort de peu de temps, et qui peuvent être considérés comme des symptômes d'agonie.

Dans des cas observés par M. Cruveilhier, les symptômes les plus remarquables furent des *nausées*, des *vomissements*, de la *suffocation*, de l'*angoisse*, un *pouls médiocrement fort et fréquent*, et quelques signes de rémittence. M. Grisolle (3), qui rappelle ces faits, ajoute qu'il a vu un appareil de symptômes semblables, et, de plus, des *phénomènes cérébraux*, dans un cas de splénite circonscrite ; mais il pense qu'en pareil cas la lésion était probablement une lésion secondaire d'une maladie indéterminée.

Lorsque l'affection se termine par la guérison, comme dans le cas cité par le docteur Rosch (4), on voit d'abord la fièvre cesser, puis les symptômes locaux diminuer, excepté toutefois la tuméfaction, qui ne se dissipe que lentement, et toutes les autres fonctions se rétablir assez rapidement. Cet auteur a noté, dans le cas soumis à son observation, la *couleur brun clair de la langue*, des *épistaxis*, et une grande *acidité de l'urine ;* mais je n'ai pas mentionné ces symptômes, parce qu'ils ont besoin d'être confirmés par d'autres observations.

(1) *The Lancet*, juillet 1845.
(2) *London med. Gaz.*, février 1849.
(3) *Traité de path. int.*, t. Ier, p. 293.
(4) *Algem. medic. Zeit.*, juillet 1835.

Marche ; durée ; terminaison. Nous ne pouvons rien dire de positif sur la *marche*, la *durée*, la *terminaison* de la maladie. Quelques auteurs ont assigné à la splénite une intermittence d'abord irrégulière, et qui tend ensuite à se régulariser ; mais c'est un fait encore à étudier. Dans le cas rapporté par M. Rosch, l'affection se termina par résolution : on a cité quelques autres faits du même genre. On a vu aussi des abcès de la rate se vider, comme ceux du foie, *dans l'intestin*, *dans l'estomac*, *dans les poumons* et même *dans le vagin* (1). Dans quelques cas, on a vu l'abcès s'ouvrir à l'extérieur, et plus souvent encore on a donné issue au pus à l'aide de l'instrument tranchant. Les diverses évacuations du pus ne nous offrent rien qui n'ait été dit en détail à propos des abcès du foie ; dans ces divers cas la *terminaison* peut être heureuse.

Lésions anatomiques. A l'ouverture des cadavres, on trouve la rate volumineuse, d'une couleur foncée, molle, friable, présentant parfois des traces d'infiltration purulente, quelquefois des collections de pus disséminées, et enfin des abcès volumineux.

Diagnostic. Le *diagnostic* de la splénite est difficile, si l'on en juge par l'embarras dans lequel se sont trouvés les médecins qui ont eu à traiter des abcès de la rate. Ce diagnostic, du reste, a été très peu étudié ; il n'est pas assez précis pour que nous devions nous exposer, en le donnant en détail, à accréditer des idées erronées. Disons seulement que la douleur dans l'hypochondre gauche, la tuméfaction de la rate, reconnue à l'aide de la palpation et de la percussion, le mouvement fébrile et l'absence de toute affection de l'estomac et des poumons, doivent porter à admettre l'existence d'une splénite.

Lorsqu'il se forme un abcès, on peut se demander s'il s'agit d'une suppuration du rein gauche ou du tissu cellulaire qui environne cet organe. Le cas est très difficile à diagnostiquer ; je crois devoir renvoyer son étude à l'article où il sera question des *maladies rénales*.

Pronostic. Le *pronostic* est grave ; cependant nous avons vu que la guérison avait lieu dans des circonstances assez nombreuses.

Traitement. Il suffit d'indiquer rapidement les divers moyens mis en usage. Les faits nous manquent pour les apprécier convenablement ; c'est à l'observation ultérieure à nous en faire connaître l'efficacité.

Émissions sanguines ; émollients. Tout le monde est d'accord pour reconnaître qu'il faut mettre en usage un traitement antiphlogistique actif. Ainsi on pratiquera la *saignée générale ;* on fera une ou plusieurs applications de *sangsues ;* on prescrira les *ventouses scarifiées* sur l'hypochondre gauche, et en même temps on aura recours aux bains, aux cataplasmes, aux fomentations, etc. Le malade sera tenu à une *diète sévère*, et on lui fera prendre des boissons adoucissantes et délayantes.

Purgatifs. Quelques médecins recommandent de légers purgatifs ; mais il est douteux que ce moyen ait d'autres avantages que de tenir le ventre libre.

Antipériodiques. Il est une question thérapeutique relative à la splénite qui ne laisse pas d'avoir de l'importance. Nous avons vu plus haut qu'on avait assigné comme caractère à cette maladie une rémittence ou une intermittence plus ou

(1) SCHLICHTING, cité par M. Dalmas, *loc. cit.*, p. 261.

moins régulière. On a dû par conséquent être naturellement porté à administrer le *sulfate de quinine*. Mais quels succès a-t-on obtenus par ce moyen ? C'est ce qu'il nous est absolument impossible de dire d'une manière rigoureuse. Constatons seulement ici que la plupart de ceux qui se sont occupés de cette affection ont recommandé l'administration du sel de quinine à la dose de 0,50 à 1 gramme et plus, selon les cas, et que plusieurs ont insisté sur l'avantage d'unir l'administration de ce médicament à l'emploi du traitement antiphlogistique.

ARTICLE II.

SPLÉNITE CHRONIQUE. ENGORGEMENT CHRONIQUE DE LA RATE.

Nous devons encore moins nous étendre sur l'inflammation et l'engorgement chroniques, parce que les éléments nous manquent presque entièrement. Il est vrai que l'on a cité un très grand nombre de faits, et que l'on a beaucoup disserté sur l'*engorgement chronique de la rate à la suite des fièvres intermittentes;* mais, je le répète, ce point de pathologie devra nous occuper plus tard. Ce qu'il nous importe seulement de rechercher ici, c'est ce qui appartient à l'inflammation ou à l'engorgement chronique de la rate, indépendamment de la fièvre, soit que celle-ci n'ait point existé, soit que, après s'être montrée elle ait disparu et ait laissé comme conséquence un engorgement dont les signes persistent seuls.

Causes. Les causes de l'*inflammation chronique* bien caractérisée ne peuvent guère être cherchées que dans les *violences extérieures*. On a vu à la suite de coups, de chutes sur la région splénique, la rate se tuméfier, devenir douloureuse, et présenter après la mort, survenue plus ou moins longtemps après la violence extérieure, des traces de suppuration. En pareil cas, l'existence de l'inflammation chronique n'est pas douteuse. Quelquefois on a trouvé une *infiltration purulente*, des *collections de pus disséminées* sur des sujets chez lesquels on ne pouvait découvrir aucune cause semblable, et dont on ne pouvait rapporter la maladie à aucun état pathologique antérieur. Ces cas d'inflammation chronique de la rate sont extrêmement rares.

Parmi les causes de l'*engorgement chronique* que nous ne pouvons pas rapporter d'une manière précise à l'inflammation, il faut placer en première ligne les *fièvres intermittentes prolongées;* c'est ce qui ressort de presque toutes les recherches des auteurs, dont on peut voir une nomenclature dans un article publié par M. Nivet (1). On a cité encore le *scorbut*, le *rachitisme* et les *scrofules* (2); mais dans la première de ces maladies, il s'agit d'un engorgement ordinairement aigu, et il n'est pas certain que l'affection se soit déclarée sous l'influence des autres. Presque tout reste encore à faire, comme on le voit, sur ces questions difficiles à résoudre.

Je ne crois pas devoir parler ici de l'*hérédité*, déjà signalée par Hippocrate, des *professions*, de l'*hygiène* en général, des *saisons*, etc., parce que ce sont là des questions secondaires qui ne peuvent être résolues qu'après les précédentes.

Symptômes. On a cité un certain nombre d'exemples (3) qui prouvent que

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1838.
(2) Preussi, cité par M. Nivet.
(3) *Voy.* ceux que M. Nivet a empruntés à Vesale, Forestus, Mappus, etc.

l'hypertrophie très considérable de la rate peut exister sans que la santé en paraisse notablement altérée. Mais cette observation ne peut s'appliquer aux cas où il existe une *inflammation chronique bien caractérisée*. Dans ces cas, en effet, on trouve, outre les signes physiques que j'indiquerai plus loin, une *douleur* plus ou moins vive dans l'hypochondre gauche, augmentée par la pression, par les grands mouvements, par la marche, et de plus on observe les *symptômes de la fièvre hectique*, qui entraîne plus ou moins rapidement le malade au tombeau, après l'avoir jeté dans le *marasme*. C'est, au reste, ce qui arrive dans tous les cas où un organe est envahi par une suppuration lente.

Chez quelques sujets, le petit *accès fébrile* que l'on remarque le soir dans toutes les suppurations chroniques est marqué; il cède même à l'emploi du sulfate de quinine, et l'on s'est empressé de citer ces cas comme venant à l'appui de l'opinion qui place le siége de la fièvre intermittente dans la rate. Mais on a oublié que pareille chose peut arriver dans les diverses affections chroniques dont la conséquence est la consomption, et que dans la phthisie, par exemple, on trouve des accès de fièvre revenant à la même heure, caractérisés par des frissons, de la chaleur et de la sueur, et cédant parfois complétement à l'emploi du sulfate de quinine, sans que la rate présente rien d'anormal.

Nous avons vu plus haut que l'*engorgement chronique* pouvait exister sans altérer notablement la santé; mais, en pareil cas, il existe des signes locaux qui servent à faire reconnaître la maladie. Ils sont dus presque tous à l'*augmentation de volume* de l'organe.

A l'aide de la *palpation*, il est toujours facile de reconnaître cette augmentation de volume; car, dans les cas d'engorgement chronique, la rate débordant, les fausses côtes gauches, se porte souvent jusque vers l'ombilic, et même vers le bassin. On reconnaît qu'il s'agit de l'engorgement de la rate, et non d'une autre tumeur, à la forme de l'organe qui se termine en bas en pointe mousse, et qui représente par conséquent un segment d'ovoïde, à la pénétration de la tumeur au-dessous des fausses côtes gauches, et ordinairement à son indolence.

Il est bien rarement nécessaire d'employer la *percussion* pour reconnaître du côté de l'abdomen un état aussi facile à apprécier; mais on peut la pratiquer pour limiter exactement l'étendue de l'organe hypertrophié, et reconnaître son augmentation ou sa diminution dans le cours du traitement. Du côté de la poitrine, l'exploration à l'aide de la percussion est indispensable. La rate, hypertrophiée, refoulant le diaphragme et le poumon, peut se porter assez haut du côté de cette cavité, et c'est seulement par ce moyen d'exploration qu'on peut reconnaître cette augmentation de volume.

Il est bien rare que l'engorgement chronique excite de la douleur, mais le poids de la tumeur et son volume déterminent un *malaise* et une *tension* de l'hypochondre gauche, augmentant dans les grands mouvements, dans la marche, etc., et ces sensations peuvent parfois se transformer en une *douleur* réelle. J'ai dit plus haut qu'il était rare que la pression déterminât de la douleur, et bien plus rare encore que cette douleur fût un peu forte.

La rate peut être tellement volumineuse, que le *ventre* en soit complétement *déformé*. Lorsqu'il n'existe point d'ascite, le côté gauche de l'abdomen présente une tumeur apparente et qu'il est difficile de confondre avec le développement

d'aucun autre organe. Le côté droit, au contraire, paraît déprimé, à moins qu'il n'y ait une complication, ou que des gaz ne distendent l'intestin.

L'*ascite*, dans les cas d'hypertrophie de la rate, a été signalée dès la plus haute antiquité. Hippocrate en a parlé dans plusieurs endroits de ses ouvrages, et la plupart des auteurs en ont ensuite fait mention. Mais cette hydropisie est-elle due réellement à l'engorgement de la rate, ou bien faut-il en chercher la cause dans un autre état organique? On ne peut douter que dans le plus grand nombre des cas, ainsi que l'a fait remarquer M. Nivet (*loc. cit.*), l'hydropisie n'appartienne soit à un état particulier du sang, comme dans les fièvres intermittentes de longue durée, soit à des complications du côté des autres organes abdominaux.

Cependant, et l'auteur que je viens de citer ne nie pas la possibilité du fait, il peut arriver que l'engorgement chronique de la rate donne par lui-même lieu à l'ascite. J'en ai vu un exemple, il y a quatre ans, à l'hôpital de la Pitié. Un enfant de quatorze ans étant tombé de la hauteur de trois étages, eut une contusion violente de l'hypochondre gauche. Les premières douleurs passées, il put reprendre son travail; mais au bout de deux mois, il vit son ventre se tuméfier, et, six mois après sa chute, il entra à l'hôpital, présentant un développement de la rate tel qu'on sentait l'extrémité de cet organe à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Il y avait en même temps un épanchement considérable dans le péritoine. L'exploration la plus attentive ne put faire découvrir aucune altération des autres organes, soit abdominaux, soit thoraciques.

Comment donc expliquer, en pareil cas, la production de l'épanchement péritonéal? On a dit que le développement de la rate pouvait irriter le péritoine, et produire ainsi un épanchement actif; mais on n'a aucune preuve du fait. Il est plus probable que ce symptôme est dû à la compression de la veine porte. Ce sont, au reste, des questions de pathologie qui exigent de nouvelles recherches.

Dans les cas où l'ascite existe, le ventre est large et saillant, et pour parvenir à reconnaître l'existence de l'hypertrophie de la rate, il faut presser rapidement la paroi antérieure de cette cavité, de manière à porter brusquement les doigts sur la tumeur. Par ce moyen, après avoir déplacé la couche de liquide interposée, et en avoir senti le flot, on arrive sur un corps dont la résistance se fait immédiatement sentir.

Restent maintenant des symptômes dont on trouve l'énumération dans tous les auteurs, mais qui sont la conséquence des maladies sous l'influence desquelles s'est développé l'engorgement chronique de la rate, bien plutôt que de cet engorgement lui-même. Ce sont : l'*amaigrissement*, la *pâleur* ou l'*aspect terreux de la face*, la *sécheresse de la peau*, etc. Reconnaissons encore ici que nous sommes très peu instruits sur les phénomènes généraux qui appartiennent en propre à l'engorgement splénique; aussi n'insisterai-je pas davantage sur ce point. Je dirai seulement que lorsque la rate est excessivement volumineuse, il peut en résulter un refoulement du poumon et un certain degré d'*oppression*.

Marche; durée; terminaison. La *marche* de la maladie est lente et continue, soit dans l'*inflammation*, soit dans la *simple hypertrophie chronique*. La *durée* est illimitée. Quant à la *terminaison*, j'ai indiqué plus haut des exemples qui prouvent qu'elle n'est point fâcheuse par suite des progrès de la maladie seule, mais bien par suite d'autres affections graves dont la lésion de la rate n'est qu'une conséquence.

Lésions anatomiques. Les lésions anatomiques ont été beaucoup exagérées ; cela tient à ce que, sous les noms d'*engorgement chronique*, d'*hypertrophie*, de *splénite*, on a décrit des états pathologiques très différents. Ainsi, on a fait entrer dans cette description les squirrhes, les cancers, les ossifications, etc. Pour nous, nous nous contenterons de dire que, outre le volume et le poids, qui sont considérablement augmentés, et qui peuvent l'être au point que l'organe, occupant la plus grande partie de l'abdomen, s'est élevé au poids de 9 kilogrammes (1), on trouve *dans les cas d'inflammation*, le ramollissement gris et des collections purulentes plus ou moins nombreuses et plus ou moins étendues, et *dans les cas d'hypertrophie*, l'épaississement des enveloppes de la rate, souvent une densité plus grande du tissu, et parfois aussi l'état normal de ce tissu.

Je n'ai pas besoin d'exposer en détail le *diagnostic*. Nous avons vu qu'il repose presque complétement sur l'existence de signes locaux et physiques faciles à apprécier, et je ne pourrais que reproduire ici ce que j'ai indiqué longuement plus haut. Je crois également avoir suffisamment parlé du *pronostic* à l'occasion de la terminaison.

Traitement. Si nous n'avons égard qu'aux médicaments dirigés contre l'inflammation et l'engorgement chronique de la rate, nous trouvons la thérapeutique très pauvre ; mais, dans la plupart des cas, on a traité en même temps et l'engorgement chronique et la maladie dont il est une conséquence.

1° *Contre l'inflammation chronique*, on a mis en usage les *émissions sanguines*, et principalement les *sangsues* et les *ventouses scarifiées* sur la région splénique. Des *applications émollientes* et des *boissons délayantes* complètent, en pareil cas, le traitement. Lorsqu'un *abcès* devient accessible à l'exploration, on ne doit pas hésiter à l'ouvrir, et dans ce cas on doit agir comme il a été dit dans l'article consacré aux *abcès du foie*.

2° *Contre l'engorgement chronique* succédant à la fièvre intermittente, on a employé, et souvent avec succès, le *sulfate de quinine* ou le *quinquina*. Le docteur Carron d'Annecy (2) a beaucoup insisté sur l'emploi du *quinquina*, qu'il donnait à la *dose de huit à seize grammes* par jour, et dont il prolongeait souvent l'administration jusqu'à deux et trois mois. Plus tard, M. Bally a préconisé cette médication, en remplaçant le quinquina par le *sulfate de quinine*, qu'il portait progressivement à une dose élevée. « Chez les adultes, dit-il (3), on peut débuter par 40 *à* 50 *centigrammes toutes les huit heures*, et s'élever progressivement à 2,40 *grammes ou* 3 *grammes par jour*, si la résistance est considérable. » Il est inutile d'ajouter que chez les enfants les doses seront diminuées suivant l'âge. On ne doit pas négliger de recourir à cette médication, de porter assez haut le sulfate de quinine, et de le continuer longtemps, lorsqu'on a acquis la certitude qu'une fièvre intermittente de plus ou moins longue durée a précédé le développement de la rate.

Les *eaux ferrugineuses* ont été vivement recommandées : Carron d'Annecy prescrit particulièrement l'*eau de Spa*. C'est surtout lorsqu'il est survenu à la suite des fièvres intermittentes une *anémie* facile à constater, qu'on donne les fer-

(1) DUVERNEY, *Œuvres anatomiques*; Paris, 1761, t. II, pag. 249.
(2) *Journ. gén. de méd.*, 1809.
(3) *Journ. des connaiss. méd.*, 1833.

rugineux. On peut, au reste, consulter sur ce point ce que j'ai dit à propos de l'anémie (1).

Viennent ensuite les *préparations alcalines*, et surtout les *eaux minérales alcalines*, mises en usage comme *fondants*. Ce serait retomber dans des répétitions inutiles, que de reproduire ce que j'ai dit à ce sujet dans l'article *Hépatite chronique*, et c'est pourquoi je me borne à y renvoyer le lecteur (2). Je crois devoir en faire autant relativement aux autres *médicaments fondants* dont l'administration ne nous offre rien de particulier dans le traitement de l'affection dont il s'agit ici.

Restent maintenant les *purgatifs*, recommandés par les anciens médecins; les *diurétiques*, les *topiques irritants*, etc., etc., sur l'efficacité desquels nous n'avons rien de positif. Je ferai seulement une exception en faveur des *toniques*, autres que le quinquina dont j'ai déjà parlé, qui me paraissent être d'une application utile dans les cas où la constitution est fortement détériorée par suite du séjour dans des contrées marécageuses. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de résumer ce traitement.

ARTICLE III.

APOPLEXIE, RUPTURE DE LA RATE.

La rupture de la rate étant la conséquence d'un *état apoplectique* de cet organe, je dois, avant de la décrire, signaler l'*apoplexie de la rate*, lésion encore peu connue dans ses symptômes, mais dont nous possédons quelques exemples. Je me bornerai à indiquer ceux qu'ont cités MM. Mignot et Lemaistre (3), internes des hôpitaux. Dans un de ces cas, il y avait une fièvre continue, et le malade se plaignit d'une douleur dans l'hypochondre et le bras gauches; dans le second, il y avait des *accès* de fièvre intermittente. A l'ouverture du corps on trouva, en pareil cas, un foyer apoplectique plus ou moins étendu, contenant du sang demi-liquide et une espèce de bouillie sanguine.

D'après les recherches de M. Vigla (4), dont je vais donner un résumé, « la *rupture de la rate* doit être considérée comme la terminaison d'un état morbide de cet organe, durant déjà depuis un temps plus ou moins long, et ne doit pas être, sous ce rapport, assimilée aux congestions brusques du cerveau ou du poumon capables de détruire le parenchyme de ces viscères, sans aucune altération précédente appréciable. » Ordinairement cet état morbide n'est autre chose que l'hypertrophie qui résulte des accès de *fièvre intermittente ;* dans un cas cité par M. Vigla, il s'agissait d'un engorgement survenu au dixième jour de la *fièvre typhoïde*. M. le docteur Landouzy (5) a vu également un cas de rupture de la rate dans le cours de cette fièvre.

Dans les autres, des symptômes occupant l'hypochondre gauche existaient depuis un temps plus ou moins long, mais plusieurs fois les auteurs n'ont pas eu soin d'indiquer la maladie primitive.

(1) Voy. t. II, art. *Anémie* et *Chlorose*.
(2) Voy. *Hépatite chronique*, p. 157.
(3) *Bull. de la Soc. anat.*, 1848.
(4) *Arch. gén. de méd.*, décembre 1843 et janvier 1844.
(5) *Bulletin de l'Académie de médecine*; Paris, 1847, t. XIII, pag. 310.

M. le docteur Plainchant (1) a cité un cas de rupture de la rate chez *une épileptique*. Cet accident est survenu pendant un *accès d'épilepsie* plus violent que de coutume.

Symptômes. Les symptômes ressemblent à ceux de la péritonite par perforation, que je ferai connaître dans un des articles suivants (2). Cependant l'hémorrhagie qui résulte de la rupture de la rate est si considérable et si rapide, que la péritonite n'a pas le temps de se produire. Il importe donc d'indiquer ici ce qui se passe dans ces cas de rupture, et, sous ce rapport, je ne saurais mieux faire que de citer le passage du mémoire de M. Vigla relatif aux signes de la maladie. Les symptômes notés par cet auteur sont les suivants :

« 1° Une *douleur* constante dans l'hypochondre gauche, où elle peut rester circonscrite, mais s'étendant ordinairement à l'épigastre, à l'ombilic, moins souvent à la fosse iliaque du même côté et aux autres parties du ventre. Cette douleur, qui *apparaît brusquement*, augmente ou se soutient jusqu'au moment de la mort, excepté dans les cas rares où celle-ci n'arrive qu'au bout de plusieurs jours, et alors la douleur peut diminuer. Elle est caractérisée par les observateurs, de vive, aiguë, lancinante, cruelle, atroce ; elle est accompagnée, suivant les cas, de chaleur, de brûlure, de plénitude, de pesanteur ou de tension dans les mêmes régions ; elle peut arracher des cris au malade ou le faire tomber dans des mouvements convulsifs ; elle augmente, par une pression légère, le mouvement, le poids des couvertures.

» Si le malade est debout au moment de l'accident, il est *obligé de se coucher ou de s'asseoir*, et prend diverses attitudes pour modérer sa douleur. On l'a vu garder jusqu'au moment de la mort les membres inférieurs fléchis sur le ventre, le corps courbé en avant et les coudes appuyés sur les genoux. La *face* est toujours plus ou moins altérée, grippée, anxieuse ; le malade est en proie à l'*agitation*, à la frayeur, souvent au triste pressentiment d'une fin prochaine.

» 2° Après ces symptômes, on trouve indiqués comme fréquents, mais rarement réunis chez le même individu, un ou plusieurs des phénomènes suivants : *ballonnement du ventre* à divers degrés ; *nausées*, *vomissements* de mucus, de bile ; *diarrhée*, *constipation* ou *alternatives* de ces deux états ; rougeur et sécheresse de la *langue*, des gencives et des autres parties de la *bouche* .

» 3° L'état de la *circulation* n'a été noté que dans un petit nombre de cas ; dans ceux-ci, le *pouls* s'est montré fréquent dès l'invasion de l'accident, et l'est devenu de plus en plus jusqu'au moment de la mort. Il offre d'ailleurs des caractères très différents, suivant les phases et l'étendue de l'hémorrhagie. Au moment où elle a lieu, si elle est très abondante, le pouls disparaît, la figure pâlit, les extrémités se refroidissent, et le corps se couvre d'une sueur froide : c'est dans ces cas-là que la mort survient presque immédiatement ; elle a lieu par syncope. Dans un degré moins fort, le pouls continue à être senti, mais petit, serré, formicant.

» Si on le réexamine plusieurs heures après l'accident, et que le malade ait eu le temps et la force de réagir, le pouls se développe, peut devenir même assez large, quoique conservant de la mollesse ; quelquefois il a été trouvé *bis feriens* et même vibrant ; alors aussi la face est rouge et animée, et la peau chaude, hali-

(1) *Rapport gén. sur les trav. de la Soc. méd. de Moulins*, 1845.
(2) Voy. *Péritonite*.

rugineux. On peut, au reste, consulter sur ce point ce que j'ai dit à propos de l'anémie (1).

Viennent ensuite les *préparations alcalines*, et surtout les *eaux minérales alcalines*, mises en usage comme *fondants*. Ce serait retomber dans des répétitions inutiles, que de reproduire ce que j'ai dit à ce sujet dans l'article *Hépatite chronique*, et c'est pourquoi je me borne à y renvoyer le lecteur (2). Je crois devoir en faire autant relativement aux autres *médicaments fondants* dont l'administration ne nous offre rien de particulier dans le traitement de l'affection dont il s'agit ici.

Restent maintenant les *purgatifs*, recommandés par les anciens médecins; les *diurétiques*, les *topiques irritants*, etc., etc., sur l'efficacité desquels nous n'avons rien de positif. Je ferai seulement une exception en faveur des *toniques*, autres que le quinquina dont j'ai déjà parlé, qui me paraissent être d'une application utile dans les cas où la constitution est fortement détériorée par suite du séjour dans des contrées marécageuses. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de résumer ce traitement.

ARTICLE III.

APOPLEXIE, RUPTURE DE LA RATE.

La rupture de la rate étant la conséquence d'un *état apoplectique* de cet organe, je dois, avant de la décrire, signaler l'*apoplexie de la rate*, lésion encore peu connue dans ses symptômes, mais dont nous possédons quelques exemples. Je me bornerai à indiquer ceux qu'ont cités MM. Mignot et Lemaistre (3), internes des hôpitaux. Dans un de ces cas, il y avait une fièvre continue, et le malade se plaignit d'une douleur dans l'hypochondre et le bras gauches; dans le second, il y avait des accès de fièvre intermittente. A l'ouverture du corps on trouva, en pareil cas, un foyer apoplectique plus ou moins étendu, contenant du sang demi-liquide et une espèce de bouillie sanguine.

D'après les recherches de M. Vigla (4), dont je vais donner un résumé, « la *rupture de la rate* doit être considérée comme la terminaison d'un état morbide de cet organe, durant déjà depuis un temps plus ou moins long, et ne doit pas être, sous ce rapport, assimilée aux congestions brusques du cerveau ou du poumon capables de détruire le parenchyme de ces viscères, sans aucune altération précédente appréciable. » Ordinairement cet état morbide n'est autre chose que l'hypertrophie qui résulte des accès de *fièvre intermittente*; dans un cas cité par M. Vigla, il s'agissait d'un engorgement survenu au dixième jour de la *fièvre typhoïde*. M. le docteur Landouzy (5) a vu également un cas de rupture de la rate dans le cours de cette fièvre.

Dans les autres, des symptômes occupant l'hypochondre gauche existaient depuis un temps plus ou moins long, mais plusieurs fois les auteurs n'ont pas eu soin d'indiquer la maladie primitive.

(1) Voy. t. II, art. *Anémie* et *Chlorose*.
(2) Voy. *Hépatite chronique*, p. 157.
(3) *Bull. de la Soc. anat.*, 1848.
(4) *Arch. gén. de méd.*, décembre 1843 et janvier 1844.
(5) *Bulletin de l'Académie de médecine*; Paris, 1847, t. XIII, pag. 320.

M. le docteur Plainchant (1) a cité un cas de rupture de la rate chez *une épileptique*. Cet accident est survenu pendant un *accès d'épilepsie* plus violent que de coutume.

Symptômes. Les symptômes ressemblent à ceux de la péritonite par perforation, que je ferai connaître dans un des articles suivants (2). Cependant l'hémorrhagie qui résulte de la rupture de la rate est si considérable et si rapide, que la péritonite n'a pas le temps de se produire. Il importe donc d'indiquer ici ce qui se passe dans ces cas de rupture, et, sous ce rapport, je ne saurais mieux faire que de citer le passage du mémoire de M. Vigla relatif aux signes de la maladie. Les symptômes notés par cet auteur sont les suivants :

« 1° Une *douleur* constante dans l'hypochondre gauche, où elle peut rester circonscrite, mais s'étendant ordinairement à l'épigastre, à l'ombilic, moins souvent à la fosse iliaque du même côté et aux autres parties du ventre. Cette douleur, qui *apparaît brusquement*, augmente ou se soutient jusqu'au moment de la mort, excepté dans les cas rares où celle-ci n'arrive qu'au bout de plusieurs jours, et alors la douleur peut diminuer. Elle est caractérisée par les observateurs, de vive, aiguë, lancinante, cruelle, atroce ; elle est accompagnée, suivant les cas, de chaleur, de brûlure, de plénitude, de pesanteur ou de tension dans les mêmes régions ; elle peut arracher des cris au malade ou le faire tomber dans des mouvements convulsifs ; elle augmente, par une pression légère, le mouvement, le poids des couvertures.

» Si le malade est debout au moment de l'accident, il est *obligé de se coucher ou de s'asseoir*, et prend diverses attitudes pour modérer sa douleur. On l'a vu garder jusqu'au moment de la mort les membres inférieurs fléchis sur le ventre, le corps courbé en avant et les coudes appuyés sur les genoux. La *face* est toujours plus ou moins altérée, grippée, anxieuse ; le malade est en proie à l'*agitation*, à la frayeur, souvent au triste pressentiment d'une fin prochaine.

» 2° Après ces symptômes, on trouve indiqués comme fréquents, mais rarement réunis chez le même individu, un ou plusieurs des phénomènes suivants : *ballonnement du ventre* à divers degrés ; *nausées*, *vomissements* de mucus, de bile ; *diarrhée*, *constipation* ou *alternatives* de ces deux états ; rougeur et sécheresse de la *langue*, des gencives et des autres parties de la *bouche*.

» 3° L'état de la *circulation* n'a été noté que dans un petit nombre de cas ; dans ceux-ci, le *pouls* s'est montré fréquent dès l'invasion de l'accident, et l'est devenu de plus en plus jusqu'au moment de la mort. Il offre d'ailleurs des caractères très différents, suivant les phases et l'étendue de l'hémorrhagie. Au moment où elle a lieu, si elle est très abondante, le pouls disparaît, la figure pâlit, les extrémités se refroidissent, et le corps se couvre d'une sueur froide : c'est dans ces cas-là que la mort survient presque immédiatement ; elle a lieu par syncope. Dans un degré moins fort, le pouls continue à être senti, mais petit, serré, formicant.

» Si on le réexamine plusieurs heures après l'accident, et que le malade ait eu le temps et la force de réagir, le pouls se développe, peut devenir même assez large, quoique conservant de la mollesse ; quelquefois il a été trouvé *bis feriens* et même vibrant ; alors aussi la face est rouge et animée, et la peau chaude, hali-

(1) *Rapport gén. sur les trav. de la Soc. méd. de Moulins*, 1848.
(2) *Voy. Péritonite*.

rugineux. On peut, au reste, consulter sur ce point ce que j'ai dit à propos de l'anémie (1).

Viennent ensuite les *préparations alcalines*, et surtout les *eaux minérales alcalines*, mises en usage comme *fondants*. Ce serait retomber dans des répétitions inutiles, que de reproduire ce que j'ai dit à ce sujet dans l'article *Hépatite chronique*, et c'est pourquoi je me borne à y renvoyer le lecteur (2). Je crois devoir en faire autant relativement aux autres *médicaments fondants* dont l'administration ne nous offre rien de particulier dans le traitement de l'affection dont il s'agit ici.

Restent maintenant les *purgatifs*, recommandés par les anciens médecins; les *diurétiques*, les *topiques irritants*, etc., etc., sur l'efficacité desquels nous n'avons rien de positif. Je ferai seulement une exception en faveur des *toniques*, autres que le quinquina dont j'ai déjà parlé, qui me paraissent être d'une application utile dans les cas où la constitution est fortement détériorée par suite du séjour dans des contrées marécageuses. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de résumer ce traitement.

ARTICLE III.

APOPLEXIE, RUPTURE DE LA RATE.

La rupture de la rate étant la conséquence d'un *état apoplectique* de cet organe, je dois, avant de la décrire, signaler l'*apoplexie de la rate*, lésion encore peu connue dans ses symptômes, mais dont nous possédons quelques exemples. Je me bornerai à indiquer ceux qu'ont cités MM. Mignot et Lemaistre (3), internes des hôpitaux. Dans un de ces cas, il y avait une fièvre continue, et le malade se plaignit d'une douleur dans l'hypochondre et le bras gauches; dans le second, il y avait des accès de fièvre intermittente. A l'ouverture du corps on trouva, en pareil cas, un foyer apoplectique plus ou moins étendu, contenant du sang demi-liquide et une espèce de bouillie sanguine.

D'après les recherches de M. Vigla (4), dont je vais donner un résumé, « la *rupture de la rate* doit être considérée comme la terminaison d'un état morbide de cet organe, durant déjà depuis un temps plus ou moins long, et ne doit pas être, sous ce rapport, assimilée aux congestions brusques du cerveau ou du poumon capables de détruire le parenchyme de ces viscères, sans aucune altération précédente appréciable. » Ordinairement cet état morbide n'est autre chose que l'hypertrophie qui résulte des accès de *fièvre intermittente;* dans un cas cité par M. Vigla, il s'agissait d'un engorgement survenu au dixième jour de la *fièvre typhoïde*. M. le docteur Landouzy (5) a vu également un cas de rupture de la rate dans le cours de cette fièvre.

Dans les autres, des symptômes occupant l'hypochondre gauche existaient depuis un temps plus ou moins long, mais plusieurs fois les auteurs n'ont pas eu soin d'indiquer la maladie primitive.

(1) Voy. t. II, art. *Anémie* et *Chlorose*.
(2) Voy. *Hépatite chronique*, p. 157.
(3) *Bull. de la Soc. anat.*, 1848.
(4) *Arch. gén. de méd.*, décembre 1843 et janvier 1844.
(5) *Bulletin de l'Académie de médecine*; Paris, 1847, t. XIII, pag. 330.

M. le docteur Plainchant (1) a cité un cas de rupture de la rate chez *une épileptique*. Cet accident est survenu pendant un *accès d'épilepsie* plus violent que de coutume.

Symptômes. Les symptômes ressemblent à ceux de la péritonite par perforation, que je ferai connaître dans un des articles suivants (2). Cependant l'hémorrhagie qui résulte de la rupture de la rate est si considérable et si rapide, que la péritonite n'a pas le temps de se produire. Il importe donc d'indiquer ici ce qui se passe dans ces cas de rupture, et, sous ce rapport, je ne saurais mieux faire que de citer le passage du mémoire de M. Vigla relatif aux signes de la maladie. Les symptômes notés par cet auteur sont les suivants :

« 1° Une *douleur* constante dans l'hypochondre gauche, où elle peut rester circonscrite, mais s'étendant ordinairement à l'épigastre, à l'ombilic, moins souvent à la fosse iliaque du même côté et aux autres parties du ventre. Cette douleur, qui *apparaît brusquement*, augmente ou se soutient jusqu'au moment de la mort, excepté dans les cas rares où celle-ci n'arrive qu'au bout de plusieurs jours, et alors la douleur peut diminuer. Elle est caractérisée par les observateurs, de vive, aiguë, lancinante, cruelle, atroce ; elle est accompagnée, suivant les cas, de chaleur, de brûlure, de plénitude, de pesanteur ou de tension dans les mêmes régions ; elle peut arracher des cris au malade ou le faire tomber dans des mouvements convulsifs ; elle augmente, par une pression légère, le mouvement, le poids des couvertures.

» Si le malade est debout au moment de l'accident, il est *obligé de se coucher ou de s'asseoir*, et prend diverses attitudes pour modérer sa douleur. On l'a vu garder jusqu'au moment de la mort les membres inférieurs fléchis sur le ventre, le corps courbé en avant et les coudes appuyés sur les genoux. La *face* est toujours plus ou moins altérée, grippée, anxieuse ; le malade est en proie à l'*agitation*, à la frayeur, souvent au triste pressentiment d'une fin prochaine.

» 2° Après ces symptômes, on trouve indiqués comme fréquents, mais rarement réunis chez le même individu, un ou plusieurs des phénomènes suivants : *ballonnement du ventre* à divers degrés ; *nausées*, *vomissements* de mucus, de bile ; *diarrhée*, *constipation* ou *alternatives* de ces deux états ; rougeur et sécheresse de la *langue*, des gencives et des autres parties de la *bouche*.

» 3° L'état de la *circulation* n'a été noté que dans un petit nombre de cas ; dans ceux-ci, le *pouls* s'est montré fréquent dès l'invasion de l'accident, et l'est devenu de plus en plus jusqu'au moment de la mort. Il offre d'ailleurs des caractères très différents, suivant les phases et l'étendue de l'hémorrhagie. Au moment où elle a lieu, si elle est très abondante, le pouls disparaît, la figure pâlit, les extrémités se refroidissent, et le corps se couvre d'une sueur froide : c'est dans ces cas-là que la mort survient presque immédiatement ; elle a lieu par syncope. Dans un degré moins fort, le pouls continue à être senti, mais petit, serré, formicant.

» Si on le réexamine plusieurs heures après l'accident, et que le malade ait eu le temps et la force de réagir, le pouls se développe, peut devenir même assez large, quoique conservant de la mollesse ; quelquefois il a été trouvé *bis feriens* et même vibrant ; alors aussi la face est rouge et animée, et la peau chaude, hali-

(1) *Rapport gén. sur les trav. de la Soc. méd. de Moulins*, 1845.
(2) Voy. *Péritonite*.

rugineux. On peut, au reste, consulter sur ce point ce que j'ai dit à propos de l'anémie (1).

Viennent ensuite les *préparations alcalines*, et surtout les *eaux minérales alcalines*, mises en usage comme *fondants*. Ce serait retomber dans des répétitions inutiles, que de reproduire ce que j'ai dit à ce sujet dans l'article *Hépatite chronique*, et c'est pourquoi je me borne à y renvoyer le lecteur (2). Je crois devoir en faire autant relativement aux autres *médicaments fondants* dont l'administration ne nous offre rien de particulier dans le traitement de l'affection dont il s'agit ici.

Restent maintenant les *purgatifs*, recommandés par les anciens médecins; les *diurétiques*, les *topiques irritants*, etc., etc., sur l'efficacité desquels nous n'avons rien de positif. Je ferai seulement une exception en faveur des *toniques*, autres que le quinquina dont j'ai déjà parlé, qui me paraissent être d'une application utile dans les cas où la constitution est fortement détériorée par suite du séjour dans des contrées marécageuses. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de résumer ce traitement.

ARTICLE III.

APOPLEXIE, RUPTURE DE LA RATE.

La rupture de la rate étant la conséquence d'un *état apoplectique* de cet organe, je dois, avant de la décrire, signaler l'*apoplexie de la rate*, lésion encore peu connue dans ses symptômes, mais dont nous possédons quelques exemples. Je me bornerai à indiquer ceux qu'ont cités MM. Mignot et Lemaistre (3), internes des hôpitaux. Dans un de ces cas, il y avait une fièvre continue, et le malade se plaignit d'une douleur dans l'hypochondre et le bras gauches; dans le second, il y avait des accès de fièvre intermittente. A l'ouverture du corps on trouva, en pareil cas, un foyer apoplectique plus ou moins étendu, contenant du sang demi-liquide et une espèce de bouillie sanguine.

D'après les recherches de M. Vigla (4), dont je vais donner un résumé, « la *rupture de la rate* doit être considérée comme la terminaison d'un état morbide de cet organe, durant déjà depuis un temps plus ou moins long, et ne doit pas être, sous ce rapport, assimilée aux congestions brusques du cerveau ou du poumon capables de détruire le parenchyme de ces viscères, sans aucune altération précédente appréciable. » Ordinairement cet état morbide n'est autre chose que l'hypertrophie qui résulte des accès de *fièvre intermittente;* dans un cas cité par M. Vigla, il s'agissait d'un engorgement survenu au dixième jour de la *fièvre typhoïde*. M. le docteur Landouzy (5) a vu également un cas de rupture de la rate dans le cours de cette fièvre.

Dans les autres, des symptômes occupant l'hypochondre gauche existaient depuis un temps plus ou moins long, mais plusieurs fois les auteurs n'ont pas eu soin d'indiquer la maladie primitive.

(1) Voy. t. II, art. *Anémie* et *Chlorose*.
(2) Voy. *Hépatite chronique*, p. 157.
(3) *Bull. de la Soc. anat.*, 1848.
(4) *Arch. gén. de méd.*, décembre 1843 et janvier 1844.
(5) *Bulletin de l'Académie de médecine*; Paris, 1847, t. XIII, pag. 330.

M. le docteur Plainchant (1) a cité un cas de rupture de la rate chez *une épileptique*. Cet accident est survenu pendant un *accès d'épilepsie* plus violent que de coutume.

Symptômes. Les symptômes ressemblent à ceux de la péritonite par perforation, que je ferai connaître dans un des articles suivants (2). Cependant l'hémorrhagie qui résulte de la rupture de la rate est si considérable et si rapide, que la péritonite n'a pas le temps de se produire. Il importe donc d'indiquer ici ce qui se passe dans ces cas de rupture, et, sous ce rapport, je ne saurais mieux faire que de citer le passage du mémoire de M. Vigla relatif aux signes de la maladie. Les symptômes notés par cet auteur sont les suivants :

« 1° Une *douleur* constante dans l'hypochondre gauche, où elle peut rester circonscrite, mais s'étendant ordinairement à l'épigastre, à l'ombilic, moins souvent à la fosse iliaque du même côté et aux autres parties du ventre. Cette douleur, qui *apparaît brusquement*, augmente ou se soutient jusqu'au moment de la mort, excepté dans les cas rares où celle-ci n'arrive qu'au bout de plusieurs jours, et alors la douleur peut diminuer. Elle est caractérisée par les observateurs, de vive, aiguë, lancinante, cruelle, atroce ; elle est accompagnée, suivant les cas, de chaleur, de brûlure, de plénitude, de pesanteur ou de tension dans les mêmes régions ; elle peut arracher des cris au malade ou le faire tomber dans des mouvements convulsifs ; elle augmente, par une pression légère, le mouvement, le poids des couvertures.

» Si le malade est debout au moment de l'accident, il est *obligé de se coucher ou de s'asseoir*, et prend diverses attitudes pour modérer sa douleur. On l'a vu garder jusqu'au moment de la mort les membres inférieurs fléchis sur le ventre, le corps courbé en avant et les coudes appuyés sur les genoux. La *face* est toujours plus ou moins altérée, grippée, anxieuse ; le malade est en proie à l'*agitation*, à la frayeur, souvent au triste pressentiment d'une fin prochaine.

» 2° Après ces symptômes, on trouve indiqués comme fréquents, mais rarement réunis chez le même individu, un ou plusieurs des phénomènes suivants : *ballonnement du ventre* à divers degrés ; *nausées*, *vomissements* de mucus, de bile ; *diarrhée*, *constipation* ou *alternatives* de ces deux états ; rougeur et sécheresse de la *langue*, des gencives et des autres parties de la *bouche* .

» 3° L'état de la *circulation* n'a été noté que dans un petit nombre de cas ; dans ceux-ci, le *pouls* s'est montré fréquent dès l'invasion de l'accident, et l'est devenu de plus en plus jusqu'au moment de la mort. Il offre d'ailleurs des caractères très différents, suivant les phases et l'étendue de l'hémorrhagie. Au moment où elle a lieu, si elle est très abondante, le pouls disparaît, la figure pâlit, les extrémités se refroidissent, et le corps se couvre d'une sueur froide : c'est dans ces cas-là que la mort survient presque immédiatement ; elle a lieu par syncope. Dans un degré moins fort, le pouls continue à être senti, mais petit, serré, formicant.

» Si on le réexamine plusieurs heures après l'accident, et que le malade ait eu le temps et la force de réagir, le pouls se développe, peut devenir même assez large, quoique conservant de la mollesse ; quelquefois il a été trouvé *bis feriens* et même vibrant ; alors aussi la face est rouge et animée, et la peau chaude, hali-

(1) *Rapport gén. sur les trav. de la Soc. méd. de Moulins*, 1845.
(2) *Voy. Péritonite*.

tueuse. Les deux états opposés fournis par les organes de la circulation peuvent se remplacer plusieurs fois ; mais presque constamment, dans la dernière période, le pouls redevient très petit, très fréquent, la peau froide, et un état de faiblesse extrême précède de quelque temps la mort.

» 4° La *respiration*, en général, ne reçoit pas d'atteinte directe de la rupture de la rate ; mais la douleur, ordinairement si vive, arrêtant les contractions du diaphragme, la dilatation et le resserrement de la poitrine se font principalement par l'écartement des côtes. Dans quelques cas, il y a une petite *toux* sèche qu'il faut regarder comme sympathique ; mais dans d'autres, on peut l'expliquer par l'existence d'un état morbide des poumons antérieur à l'accident. Dans deux cas, le siége de la douleur, circonscrite à l'hypochondre gauche, les désordres survenus dans le rhythme des mouvements respiratoires, le trouble de la circulation et la gravité de la maladie, ont fait soupçonner l'invasion d'une pleurésie diaphragmatique.

» 5° La mort peut survenir sans que le malade ait présenté le moindre dérangement du côté de l'*intelligence*. La mort a lieu dans un délai ordinairement trop court pour que cette fonction ait eu le temps de se troubler. C'est ce qui résulte de trois observations assez détaillées. Un certain degré d'*excitation* et d'agitation est inséparable de douleurs aussi vives que celles dont nous avons parlé, et l'*abattement*, la prostration qui surviennent plus tard, sont en rapport avec la quantité de sang perdu par le malade, et l'action débilitante exercée sur le système nerveux par la violence et la continuité des douleurs. Nous ne pouvons attacher d'importance à *d'autres désordres cérébraux* plus profonds, tels que le délire, la stupeur, le coma, dont il est question dans trois observations, ces malades étant en même temps sous l'influence, le dernier d'une fièvre typhoïde, les deux autres d'une fièvre intermittente, dans un pays (Rome) où cette affection prend souvent le caractère pernicieux. »

J'ai cru devoir donner cette analyse des faits présentée par M. Vigla, parce que nous y voyons les symptômes qui appartiennent à l'épanchement d'une substance étrangère dans la péritonite, avant que l'inflammation ait eu le temps de produire sur la séreuse des altérations notables. J'ajouterai seulement le fait suivant :

M. le docteur Janssens (1) a vu la rupture de la rate produire une mort rapide chez un homme atteint de *fièvre intermittente*. Cet accident arriva au commencement du troisième accès, à la suite d'une violente colère. Un des principaux symptômes consista dans des *crampes très vives dans les testicules*.

Les symptômes qui viennent d'être décrits sont, comme on le voit, les mêmes, à des nuances près, que ceux qu'on observe dans des cas de perforation et de rupture des autres organes. Il faut néanmoins tenir compte de la nature du liquide versé dans la cavité séreuse, car il n'est pas douteux que lorsque ces liquides sont âcres, comme ceux que contient l'estomac, par exemple, l'inflammation peut produire ses effets habituels avec une bien plus grande promptitude.

Durée ; terminaison. Dans le plus grand nombre des cas, la mort arrive avant vingt-quatre heures ; quelquefois elle est subite. Dans les faits observés par M. Vigla, quatre fois elle a eu lieu plus de vingt-quatre heures après la rupture ; une fois

(1) *Annales de la Soc. de méd. d'Anvers* ; octobre 1846.

seulement il s'est écoulé un intervalle de six jours entre cette rupture et la terminaison funeste. Cette terminaison a été constante.

Lésions anatomiques. Un volume plus considérable de la rate, des épanchements de sang dans son intérieur, le ramollissement de cet organe, les caillots plus ou moins organisés qu'il contient, des déchirures de formes diverses à ses différentes faces, mais surtout à sa face externe, et enfin un amas de sang dans le péritoine, composé en partie de caillots plus ou moins volumineux et en partie d'un liquide de consistance variable et noir, amas qui peut être assez considérable pour avoir été évalué dans quelques cas à deux litres, telles sont les lésions anatomiques qui résultent de cet accident.

Diagnostic. Il n'est point difficile, dans le plus grand nombre des cas, de reconnaître qu'il s'agit d'une affection du péritoine due à la rupture d'un organe et à un épanchement dans cette cavité séreuse. C'est, du reste, un point sur lequel j'insisterai plus loin à propos de la péritonite par perforation; mais comment reconnaître qu'il s'agit de la rupture de la rate plutôt que de celle d'un autre organe? M. Vigla, qui s'est occupé de cette question comme de toutes celles qui se rattachent à cet accident, reconnaît qu'on doit être très réservé sur ce point; que cependant si, par les commémoratifs, on arrive à s'assurer de l'existence antécédente d'une affection de la rate, et surtout d'une des maladies qui donnent ordinairement lieu à son engorgement, comme la fièvre intermittente; si l'on peut constater que la douleur a eu son point de départ à l'hypochondre gauche, et s'il existe des symptômes qui appartiennent à l'hémorrhagie interne, on peut admettre l'existence d'une rupture de la rate, que vient ensuite confirmer la marche extrêmement rapide de la maladie.

On voit combien ce diagnostic laisse encore à désirer, et avec quelle raison l'auteur que je viens de citer en a signalé les incertitudes, au moins dans quelques cas.

Il semble inutile de parler du *pronostic.* On a vu en effet qu'il est excessivement grave; cependant, dans deux des observations qu'il a rassemblées, M. Vigla a trouvé dans la marche de l'affection, et dans certaines rémissions des symptômes, des circonstances qui lui ont fait penser que, dans quelques cas du moins, on pouvait espérer d'obtenir la guérison. Pour arriver à ce but, il a proposé un ensemble de moyens dont je lui emprunte ici l'exposé succinct, ne pensant pas que, pour un accident de ce genre, il faille s'étendre longuement sur les diverses médications que le raisonnement seul doit nous engager à mettre en usage. Voici donc, d'après M. Vigla, comment on devrait agir, dans les cas où l'on aurait pu s'assurer qu'il existe une rupture de la rate :

Traitement. « Les indications à remplir sont, dit-il, les suivantes : 1° Arrêter l'hémorrhagie et faciliter la coagulation du sang; prévenir le retour de celui-ci; 2° calmer la douleur.

» Je conseillerais, pour le premier chef, l'*immobilité absolue* dans un lit sans rideaux, peu couvert, formé de matelas de crin; l'application d'une *vessie remplie d'eau à la glace sur l'hypochondre gauche;* une *saignée copieuse*, si la quantité de sang épanché dans l'abdomen était peu considérable; l'usage intérieur, en petite quantité toutefois, de *limonades minérales* et d'*extraits astringents* (*ratanhia*, *cachou*, *poudre de colombo*); le *silence* le plus complet; et l'applica-

tion, de la part du malade, à retenir ou à *modérer ses cris*, *ses plaintes et tou les actes respiratoires* provoqués par la douleur, qui exercent une influence su la circulation veineuse.

» Si l'hémorrhagie avait été assez abondante pour provoquer des faiblesses, l syncope même, il faudrait être circonspect dans l'emploi des moyens plus ou moin excitants nécessaires pour faire cesser un pareil état, et s'occuper autant de mo dérer la réaction qui suit ordinairement, que de rappeler les forces.

» Pour la seconde indication, l'*opium à doses élevées* me paraîtrait d'autant plu convenable, que, loin de contrarier l'action des moyens précédents, il la seconde rait, et dans le cas de doute entre une rupture de la rate et celle d'une portion d canal digestif, s'appliquerait mieux encore à la seconde qu'à la première. »

Ce traitement me paraît contenir tout ce qu'il serait indispensable de faire dan un de ces cas si graves; j'ajoute seulement qu'on devrait principalement insiste sur l'usage de l'opium à hautes doses, recommandé déjà par MM. Graves et Stoke dans la péritonite par perforation, et sur lequel je reviendrai au sujet de cett dernière maladie.

Telles sont les seules affections de la rate sur lesquelles je crois qu'il était néces saire de dire quelques mots. Quant aux *diverses dégénérescences* et aux autre *états anormaux* qu'on pourrait encore citer, il suffit de dire que, sous le rappor pratique, on n'y trouve rien de réellement important. C'est pourquoi je pass immédiatement aux *affections du pancréas*, qui elles-mêmes ne nous arrêteron guère plus.

CHAPITRE IV.

MALADIES DU PANCRÉAS.

Nous possédons un assez grand nombre d'observations de maladies du pancréas, mais presque toutes ces observations sont incomplètes et présentent des différence telles, qu'il est impossible d'en réunir, sur un sujet donné, un nombre suffisan pour arriver à une histoire un peu précise d'une affection quelconque de cet or gane. Aussi, malgré le nombre des faits qui ont été publiés, on peut dire que le maladies du pancréas, considérées comme maladies primitives, sont fort rares. Elle n'ont donc qu'un intérêt médiocre pour nous, ce qui expliquera la grande rapidit avec laquelle je vais les passer en revue.

Presque tous les auteurs ont parlé des *vices de conformation*, du *déplacem* de cet organe, de son *atrophie*, de sa *rupture*, etc.; mais comme, à cet égard, il n'y a rien à dire d'important pour la pratique, même sur la rupture, qui n'a été observée que dans les cas de grandes violences extérieures (1), je passerai outre, et je ne m'occuperai que de l'*inflammation*, du *cancer* du pancréas et du *flux pan créatique*. J'ajouterai seulement un mot sur les *calculs* et les *kystes*.

L'ouvrage le plus important qui ait été publié sur ce sujet est dû à M. Mondière (2). Ce médecin a réuni la plupart des observations connues, et si, le plus

(1) Voy. TRAVERS, *the Lancet*, 1826.

(2) *Recherch. pour serv. à l'hist. du pancréas* (*Arch. gén. de méd.*, 2e sér., t. XI et XII).

souvent, il n'a pu arriver qu'à une description assez vague des affections pancréatiques, c'est que, comme je l'ai dit plus haut, les faits étaient tout à fait insuffisants. Plus tard, M. Fauconneau-Dufresne (1), dont j'ai eu maintes fois à citer les travaux sur quelques maladies du foie, a entrepris de tracer le cadre nosographique des maladies du pancréas. Son mémoire sur ce sujet contient des faits d'un intérêt réel.

ARTICLE Ier.

PANCRÉATITE.

On trouve dans les auteurs déjà anciens, tels que Bartholin, Tulpius, Blasius, Hygmore, etc., la description de lésions du pancréas qui peuvent être rapportées à l'inflammation aiguë ou chronique. M. Bécourt (2) en a signalé quelques exemples, et M. Mondière a recueilli les plus importants, qui appartiennent à Schmackpfeffer (3), à Harles (4), etc. Ce qu'il y a de plus remarquable dans ces observations, c'est la cause à laquelle on a pu attribuer la maladie dans presque tous les cas où le pancréas paraissait presque exclusivement affecté. Cette cause est l'usage du mercure, j'y reviendrai tout à l'heure; dans la plupart des autres, et en particulier dans celles qu'a publiées le docteur Tonnellé (5), l'affection était secondaire; et ces faits ont, par conséquent, beaucoup moins d'importance pour nous; je me bornerai à indiquer ce qui ressort de plus général de ces observations.

1° *Pancréatite aiguë.* — *Causes*: La pancréatite simple ne s'est guère présentée que sous l'influence de l'*emploi du mercure*, ainsi que je le disais plus haut; cependant on ne trouve pas l'existence de cette cause dans la troisième observation citée par M. Mondière; dans ce cas, la maladie s'est développée *sans cause apparente*.

Dans les autres observations (6), la pancréatite, caractérisée presque toujours par la suppuration de la glande, s'est montrée *dans le cours d'affections fébriles graves*, telles que les *fièvres continues*, la *fièvre puerpérale*, et surtout la *phlébite générale*.

Il serait inutile de rechercher quelles sont les conditions particulières dans lesquelles se produit cette affection; car, avec les renseignements que nous possédons, on n'arriverait à aucun résultat positif.

Symptômes. On trouve les principaux symptômes de cette maladie exposés dans une observation empruntée à Schmackpfeffer et citée par M. Bécourt.

Il résulte de cette observation, que les symptômes qu'il est permis de rapporter avec le plus de probabilité à l'affection qui nous occupe sont: une *douleur fixe, profonde*, ayant son siége *à la région épigastrique*, et *s'étendant à l'hypochondre droit*, une *sensation de chaleur* dans le même point, une *diarrhée* consécutive, composée de *matières ressemblant à de la salive*, et peut-être aussi la *tension du ventre*. Quant aux symptômes du côté des voies respiratoires et aux phénomènes

(1) *Essai de pancréatologie* (*Union médic.*, n° du 5 janvier et nos suiv.).
(2) *Recherch. sur le panc.*; thèse de Strasbourg, 1830.
(3) *Obs. de quibusd. panc. morb.*; Hall, 1817.
(4) *Uber die Krankh. des Pank.*
(5) *Mém. sur les fièv. puerpérales*, p. 487 (*Arch. gén. de méd.*, t. XXII).
(6) Consultez à ce sujet LIEUTAUD, *Histor. anatomica*, t. Ier, p. 244 et 246; MONDIÈRE, *loc. cit.*

généraux qui se sont montrés dans ce cas, on peut tout aussi bien, et mieux encore, les rapporter aux lésions qui occupaient la bouche, la gorge et les poumons.

Une observation du docteur Harles complète la précédente, en ce qu'elle nous montre une *tuméfaction* ayant son siége dans le point occupé par le pancréas, et en ce qu'elle nous fait voir une *suppression des selles* qu'on peut attribuer à la violence de l'inflammation. L'affection se termina par des *sueurs copieuses*.

Je ne pousserai pas plus loin cette description, qui m'entraînerait dans des considérations plus ou moins hypothétiques. Il suffit d'ajouter que les organes voisins, tels que l'estomac et le foie, ont paru participer, dans quelques cas, à la maladie : d'où sont résultés quelques symptômes particuliers, tels que l'*inappétence*, les *vomissements*, et une *jaunisse légère*.

Je ne dirai rien de la *marche* et de la *durée* de la maladie, car avec les faits que nous possédons, on ne saurait les préciser. Quant à la *terminaison*, ce qu'il importe de remarquer, c'est que, dans les cas où la pancréatite a paru exister seule, elle s'est terminée par résolution ; lorsqu'elle constitue une lésion secondaire, elle se termine par *suppuration*, et alors on observe quelques phénomènes tels que des *douleurs violentes*, des *frissons*, qui paraissent dus à la production de l'*abcès*, mais qu'il est impossible d'indiquer d'une manière précise. M. Fauconneau-Dufresne (*loc. cit.*) fait mention d'un *abcès* du pancréas ouvert dans l'estomac. Dans quelques cas, la maladie s'est terminée par la *gangrène*.

Quelle est la part que, dans ces cas, il faut attribuer à la lésion du pancréas dans la terminaison funeste ? C'est ce que nous ne saurions dire ; toutefois on peut affirmer que, dans la plupart d'entre eux la maladie primitive était assez grave pour expliquer par elle seule ce résultat.

Lésions anatomiques. A l'ouverture du corps, on a trouvé le pancréas rouge, ramolli, notablement augmenté de volume, offrant des foyers purulents quelquefois considérables, et dont, suivant quelques auteurs, le pus serait remarquable par sa fétidité (Bartholin) ; tandis que d'autres (1) l'ont trouvé semblable à celui des autres abcès. Quelquefois on a vu l'organe réduit en détritus gangréneux (2) ; mais il est bien loin d'être prouvé qu'il n'y eût alors qu'une simple inflammation.

En indiquant les symptômes, j'ai fourni les éléments du *diagnostic* ; mais il serait peu prudent de vouloir pousser plus loin ces indications, car ce serait s'exposer à fonder des propositions plus ou moins absolues sur de simples hypothèses.

Traitement. Le traitement de la pancréatite exige qu'on recherche d'abord la cause qui l'a produite. Si elle est survenue sous l'influence du mercure, et qu'on ait observé concurremment les phénomènes de la salivation mercurielle, on doit avoir recours aux moyens mis en usage contre celle-ci (3). Ainsi les *boissons acidulés*, les *gargarismes acidulés*, les *doux minoratifs*. Si l'inflammation paraît violente et si la tuméfaction du pancréas est considérable, les *émissions sanguines* et les *émollients* appliqués sur la région épigastrique compléteront le traitement.

Dans le cas où le malade n'aura pas été soumis au traitement mercuriel, on devra particulièrement insister sur ces derniers moyens, auxquels on pourra joindre,

(1) PORTAL, *Observ. sur les malad. du foie*: Paris, 1813, in-8.
(2) Voy. les obs. de Lieutaud.
(3) Voy. t. II, *Stomatite mercurielle*.

comme l'ont fait quelques uns des auteurs précédemment cités, des *doses modérées d'opium*.

2° *Pancréatite chronique*. La pancréatite chronique est encore moins connue que la pancréatite aiguë : M. Mondière en a cependant cité quelques exemples puisés à différentes sources ; mais il est impossible de ne pas reconnaître que les faits sont en trop petit nombre et présentent beaucoup trop d'obscurité pour qu'on puisse tracer d'après eux une histoire exacte de la maladie.

Voici, suivant l'auteur que je viens de citer, les *symptômes* de l'inflammation chronique du pancréas (1) : « Une *salivation continuelle*, des *éructations d'un liquide filant et jaunâtre*, tantôt de la *constipation*, tantôt de la *diarrhée*, et dans ce dernier cas, des selles composées de *matières semblables au liquide rendu par la bouche*, et, en outre, de l'*anorexie*, de la *soif*, des *crampes d'estomac* et le *pyrosis*. »

On voit combien ces symptômes se rapprochent de ceux que nous avons trouvés dans certaines *gastralgies* ; aussi M. Mondière est-il porté à regarder l'inflammation chronique du pancréas, et la sécrétion exagérée qui en résulte, comme des causes puissantes de ces espèces de gastralgies. Mais avant d'établir une semblable conclusion, il faudrait des études plus approfondies que celles qui ont pu être faites.

Dans un mémoire intéressant, pour lequel il a rassemblé de curieuses observations, M. Aran (2) a cité un cas d'*abcès tuberculeux du pancréas* remarquable par la coloration noire de la peau, une *nigritie générale* que présenta la malade. Y avait-il, entre l'affection du pancréas et la coloration anormale de la peau, rapport de cause à effet, ou simple coïncidence ? C'est ce qu'on ne peut décider, ainsi que le fait remarquer M. Aran.

L'incertitude dans laquelle nous devons rester m'autorise à ne pas insister et à indiquer seulement quelques moyens de *traitement* indiqués par M. Mondière, d'après un fait emprunté au docteur Eyting (3). Dans un cas où les symptômes précédemment indiqués étaient réunis, et s'accompagnaient de *douleurs* assez vives qui s'irradiaient au côté gauche de la poitrine, d'un sentiment d'*oppression à l'épigastre*, de *palpitations*, et de *syncopes* aux moindres mouvements, ce dernier médecin dirigea le traitement de la manière suivante :

Il donna d'abord une potion ainsi composée :

℞ Acide hydrochlorique..... 30 gram.	Teinture thébaïque..... 0,60 gram.
Mucilage de gomme arabiq. 60 gram.	Sucre blanc........... Q. s. pour édulcorer convenablement.
Eau de cinnamomum (*sine vino*)................ 150 gram.	

Au bout de huit jours, l'état de la malade s'était déjà sensiblement amélioré : l'évacuation du liquide salivaire, les sueurs ainsi que les éructations avaient un peu diminué. Le même remède fut continué en renforçant les doses ; on y joignit des *frictions avec le baume du Pérou dissous dans l'alcool*, et en peu de temps disparurent la constipation, les sueurs, la salivation et la diarrhée. Enfin les *anodins* et les *toniques*, surtout les *martiaux*, continués pendant trois mois, ramenèrent la malade à un bon état de santé.

(1) *Loc. cit.*, p. 281.
(2) *Obs. d'abcès tub.*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, t. XII, p. 61, septembre 1846).
(3) *Hufeland's Journ.*, avril 1822.

est facile de voir que le traitement a été en tout semblable à celui des gastralgies chroniques, et si l'on remarque que la région occupée par le pancréas n'a point été examinée de manière à faire reconnaître l'état de cet organe, on verra combien il est nécessaire de rester dans le doute sur ce fait.

ARTICLE II.

CANCER DU PANCRÉAS.

On sait que le pancréas peut facilement être affecté de cancer d'une manière secondaire, c'est-à-dire que, dans les cas où l'estomac et le duodénum sont atteints par l'affection cancéreuse, cette glande est facilement envahie ; mais il s'agit ici du cancer occupant le pancréas seul, ou du moins développé primitivement dans cet organe. Les observations de ce genre sont bien loin d'être communes. ; M. Mondière, qui les a recherchées dans un nombre considérable de recueils, n'en cite qu'un petit nombre.

Les symptômes de cette maladie, telle que nous l'entendons ici, sont très variables. *Si l'affection commence par le pancréas*, pour s'étendre ensuite à un organe voisin, et principalement à l'estomac, les symptômes peuvent être nuls jusqu'à ce que ce dernier viscère soit envahi. Quelquefois, cependant, et c'est ce qui résulte des faits dans lesquels le pancréas a été trouvé seul malade après la mort, on observe des *douleurs* plus ou moins vives, des *éructations de matière filante et d'apparence salivaire, des alternatives de constipation et d'une diarrhée composée d'un liquide semblable à celui qui est rejeté par la bouche ;* en un mot, les signes que j'ai indiqués à propos de la pancréatite chronique.

M. le docteur Battersby (1) a rapporté un cas intéressant de squirrhe du pancréas, dans lequel il y eut une *salivation* remarquable.

Ajoutons encore un signe bien remarquable observé par M. Bright (2) et retrouvé ensuite par M. le docteur Gould dans un cas de *kyste du pancréas* dont je dirai un mot plus loin. Ce sont des *selles graisseuses*. Je dirai, à l'article *kyste du pancréas*, en indiquant l'observation de M. Gould, quelle est l'explication qu'on doit donner de ce fait.

Enfin, si l'on explore la partie inférieure de la région épigastrique un peu au-dessus de l'ombilic, on peut sentir une *tumeur* formée par le pancréas, dure, et plus ou moins douloureuse à la pression.

Une circonstance qu'il est nécessaire de se rappeler en pareil cas, comme dans tous ceux où le pancréas présente une augmentation de volume appréciable à l'exploration, c'est que cet organe, se trouvant situé au-devant de l'aorte, peut être *fortement soulevé à chaque pulsation artérielle*, ce qui pourrait en imposer pour un *anévrysme de l'aorte ventrale*. Il faut alors rechercher attentivement si, pendant la pulsation, on sent une dilatation plus ou moins marquée de la tumeur, ou si celle-ci est soulevée en masse ; et l'on doit en outre se rappeler les divers symptômes indiqués dans l'article consacré à l'anévrisme de l'aorte descendante. Mais il ne faut pas croire que, même en tenant compte de toutes ces particularités, on arrive aisément, dans tous les cas, à vaincre les difficultés du diagnostic. En

(1) *The Dublin Journ. of med. sc.*, mai 1844.
(2) *London med. Trans.*, t. XVIII.

effet, la tumeur comprime ordinairement l'aorte, et quelquefois à un très haut degré, comme dans un cas cité par M. Andral, et l'on comprend qu'alors, des troubles de la circulation presque entièrement semblables à ceux qu'occasionne l'anévrysme peuvent exister, et embarrasser l'observateur. La *percussion*, qui fait reconnaître la matité de la tumeur, ne doit pas être négligée.

D'autres accidents peuvent résulter de l'augmentation de volume du pancréas et de la compression des organes environnants, qui en est la conséquence. C'est ainsi que M. Cruveilhier (1) a vu le *canal* excréteur de la glande pancréatique elle-même être *comprimé* à son ouverture duodénale par le développement de cette glande, de manière à éprouver une dilatation énorme au-dessus de l'obstacle. La *compression des grosses veines de l'abdomen* détermine les symptômes qui appartiennent à l'arrêt de la circulation veineuse. C'est ainsi qu'on a vu l'hydropisie ascite être causée par une compression considérable de la veine porte.

Les *canaux biliaires peuvent subir aussi cette compression*, et alors se manifestent les symptômes de la *rétention de la bile* que j'ai indiqués plus haut. Enfin l'estomac et la partie supérieure de l'intestin ont été trouvés fortement comprimés par la tumeur pancréatique. *Lorsque la compression porte sur le pylore*, il est bien difficile de ne pas croire à l'existence d'un cancer de l'estomac, car la difficulté qu'éprouvent les aliments à traverser cette ouverture occasionne de fréquents vomissements de matières alimentaires, et de plus les symptômes locaux viennent en imposer au praticien. Il en est à peu près de même de l'état de compression du duodénum, si ce n'est qu'une quantité plus ou moins considérable de bile se mêle à la matière des vomissements.

Dans les cas assez nombreux rapportés par les auteurs, on a trouvé les *diverses variétés de squirrhe et d'encéphaloïde*, mêlées ou non de *mélanose*, que j'ai déjà décrites à l'occasion d'autres organes, et qu'il serait inutile de présenter ici.

Je ne parlerai pas de la *marche* de la maladie, du *pronostic* et du *traitement*, parce que nous ne connaissons rien de réellement utile sur ces divers points.

ARTICLE III.

CALCULS DU PANCRÉAS.

L'article consacré par M. Mondière aux calculs qui se forment dans le pancréas est un de ceux qui présentent le plus de renseignements curieux. Mais quelque intéressantes que soient ces recherches sous le point de vue de l'anatomie pathologique, il n'y a que peu de lumières à en tirer pour la pratique, car, ainsi qu'on va le voir, on ne peut guère espérer d'arriver même à un diagnostic fondé sur des probabilités.

Comme pour les calculs biliaires, on a trouvé que les calculs du pancréas *occupaient* tantôt l'*intérieur de la glande* elle-même, et tantôt *le conduit excréteur*. Il est plus que probable aussi que des calculs primitivement formés dans la glande s'engagent ensuite dans le canal, où ils déterminent par leur présence des douleurs vives.

Les seuls symptômes que l'on puisse assigner à cette affection sont, dans quel-

(1) *Anat. path.*, t. Ier.

ques cas, une *douleur assez vive* et qu'on pourrait désigner sous le nom de *colique pancréatique*, une *tumeur* du pancréas, lorsqu'un certain nombre de calculs s'accumulent dans un sac formé par la glande, et parfois les *troubles des fonctions de l'estomac*, précédemment indiqués.

On a trouvé jusqu'à une vingtaine de ces calculs contenus dans le pancréas; leur volume varie entre celui d'un pois et celui d'une amande : quelquefois on en a trouvé de beaucoup plus gros. Ils sont irréguliers, blancs ou d'un blanc jaunâtre; leur présence peut occasionner l'inflammation de la glande, qui, dans certains cas, offre une induration marquée et un aspect squirrheux.

ARTICLE IV.

FLUX PANCRÉATIQUE.

C'est encore là une maladie très obscure, et sur laquelle on a plutôt fondé des conjectures qu'on n'a recueilli de véritables observations. On a vu des sujets présenter des *flux de ventre* plus ou moins abondants, des *vomissements de matières filantes*, des *troubles digestifs*, et après une durée plus ou moins longue de ces accidents, en être délivrés par une *sécrétion salivaire* abondante. D'autres fois, au contraire, on a vu la salivation se supprimer et être *remplacée par un flux intestinal d'apparence salivaire*, et l'on a conclu de tout cela qu'un véritable flux pancréatique pouvait remplacer le flux salivaire, et réciproquement. Mais on sent combien il y a loin de ces conjectures à une démonstration complète ; aussi n'insisterai-je pas sur ces faits, et me contenterai-je de dire que, dans, quelques cas où l'on a supposé l'existence du flux pancréatique, on a mis en usage avec un certain succès les excitants de la sécrétion salivaire, et en particulier l'usage du *tabac à fumer*.

ARTICLE V.

KYSTES DU PANCRÉAS.

Je me bornerai dans cet article à l'exposé sommaire d'un seul fait avec les réflexions auxquelles il donne lieu. M. le docteur Gould (1) a rapporté un cas de *kyste du pancréas*, dans lequel le symptôme le plus remarquable consistait dans des *garde-robes graisseuses*. On remarqua que ces selles graisseuses n'existaient que lorsque le malade prenait des aliments gras. Le docteur Bright (2) avait déjà constaté l'existence de ces selles dans les cancers du pancréas, mais il n'avait pas fait la même remarque. Les intéressantes expériences de M. Cl. Bernard sont venues donner l'explication de ce fait. Elles ont démontré que le suc pancréatique est destiné, exclusivement à tout autre liquide, à la digestion des matières grasses. Si le pancréas est altéré au point de ne plus pouvoir fournir ce liquide, les selles graisseuses doivent se produire.

Ici se termine ce que j'avais à dire des affections si peu connues du pancréas. J'aurais pu étendre considérablement cet article, car, grâce aux recherches des auteurs que j'ai cités, on trouve un assez grand nombre de matériaux réunis;

(1) *Anat. mus. of the Boston Soc. for med. improv.*, 1847, p. 171.
(2) *Medico-chirurgical Trans.*; London, 1833, t. XVIII, p. 1 et suiv.

mais je n'ai pas dû oublier qu'il ne s'agit nullement, dans un ouvrage de la nature de celui-ci, d'être complet sur tous les points, et qu'il importe seulement de présenter au médecin tout ce qui peut être réellement utile dans la pratique.

CHAPITRE V.

MALADIES DU PÉRITOINE.

Nous allons trouver dans ce chapitre des affections infiniment plus intéressantes que celles qui sont contenues dans les deux précédents, et quoique la plupart de ces affections n'aient pas été étudiées avec toute la rigueur nécessaire, nous pouvons dire que des recherches très importantes ont été entreprises et poursuivies avec zèle sur ce grave sujet.

On ne doit pas remonter très haut pour trouver dans les auteurs une description exacte des affections péritonéales. Il fallait nécessairement que les connaissances anatomiques sur les divers tissus, et en particulier sur les membranes séreuses, vinssent éclairer la pathologie, pour que les principales difficultés inhérentes au sujet pussent être levées. Aussi, quoique des observations d'anatomie pathologique fort intéressantes se trouvent déjà dans les auteurs des siècles passés, c'est depuis Bichat seulement qu'on a pu, avec une précision suffisante, rapporter les diverses lésions observées aux différents états pathologiques qui ont dû les produire.

Les maladies du péritoine, que je vais décrire dans ce chapitre, sont : 1° la *péritonite aiguë*, 2° la *péritonite chronique*, 3° l'*ascite*, et 4° des altérations dont je dirai seulement quelques mots. La péritonite aiguë sera divisée en plusieurs espèces, dans lesquelles je décrirai principalement la *péritonite par perforation*. J'introduirai également quelques divisions dans la péritonite chronique, dont l'espèce la plus commune et la plus remarquable est la *péritonite tuberculeuse*. Quant à l'*ascite*, on pourrait dire que, dans un nombre considérable de cas, il n'est pas permis de la regarder comme une affection propre au péritoine; car la cavité séreuse n'est autre chose, en pareil cas, que le réservoir dans lequel s'accumule la sérosité, dont la sécrétion est due à des causes organiques toutes particulières. Mais comme, en définitive, c'est dans le péritoine que les principaux symptômes ont leur siége, et que le traitement actif est dirigé vers cette cavité séreuse, il n'y a aucun inconvénient à faire de l'hydropisie ascite une maladie péritonéale, d'autant plus qu'il est admis par tout le monde que, dans certains cas, c'est dans le péritoine lui-même, ou dans le tissu cellulaire qui le double, qu'on doit chercher la source de l'affection.

ARTICLE Ier.

PÉRITONITE AIGUE.

L'histoire de la péritonite est celle qui a dû le plus tard être tracée d'une manière convenable. On trouve sans doute dans plusieurs auteurs antérieurs à Bichat, et entre autres dans Walther (1), quelques idées assez exactes sur l'inflammation de

(1) *De Morb. periton.*, etc.; Berlin, 178?.

cette membrane séreuse ; mais c'est dans les trente ou quarante années qui viennent de s'écouler qu'on a étudié avec le plus de soin et le plus de fruit cette affection si grave dans la plupart des cas. L'inflammation du péritoine, qui se produit si fréquemment dans la fièvre puerpérale, a surtout été l'objet des recherches des auteurs ; et il faut citer, parmi ceux qui se sont spécialement occupés de ce sujet, Doublet (1), Gasc (2), M. Tonnellé (3), Dugès (4), Baudelocque (5), etc. Mais d'autres médecins n'ont pas laissé d'étudier le sujet sous d'autres points de vue ; c'est ainsi que nous avons, sur la péritonite, les observations de Laënnec (6), de Broussais (7), de M. Andral (8), de M. Cruveilhier (9), et un nombre considérable de mémoires répandus dans les divers recueils.

Dans cet article, je n'accorderai qu'un paragraphe assez court à la *péritonite puerpérale*, attendu qu'il résulte des recherches récentes que cette péritonite ne peut pas être considérée comme constituant uniquement l'affection désignée sous le nom de *fièvre puerpérale*, et qu'il faudrait nécessairement, dans l'article consacré plus tard à cette fièvre, revenir sur l'inflammation du péritoine, comme faisant partie de la maladie générale.

Une première difficulté se présente lorsqu'il s'agit de faire la description de la péritonite aiguë : faut-il consacrer un article à part à chaque espèce principale, ou bien doit-on donner une histoire générale de l'affection ? Si les espèces dont il s'agit avaient des caractères bien tranchés, et surtout si l'existence de quelques unes d'entre elles, comme la *péritonite simple spontanée*, était rigoureusement démontrée, on pourrait admettre cette division. Mais il n'en est point ainsi, et nous allons voir qu'excepté la *péritonite par extension de l'inflammation* d'un organe à la membrane séreuse et la *péritonite par perforation*, les espèces dont il s'agit ne sont pas aussi bien connues, à beaucoup près, qu'on pourrait le croire d'après les assertions des auteurs. On ne saurait non plus diviser la péritonite, comme l'a fait M. Stokes (10), en espèces correspondant aux divers âges, aux formes anatomiques de la maladie, etc. Les différences ne sont pas assez tranchées, suivant ces diverses circonstances, pour qu'on doive procéder de cette manière, et l'on ne pourrait, en imitant cet exemple, que donner des idées peu exactes de la péritonite et de ses diverses espèces. Dans cet état de choses, je crois devoir présenter d'une manière générale l'histoire de la péritonite aiguë, me réservant de distinguer les espèces quand je traiterai des *causes*, d'en décrire à part les principales à l'occasion des *symptômes*, et d'appliquer à chacune d'elles le *traitement* qui lui convient.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

On donne le nom de *péritonite aiguë* ou *suraiguë*, suivant le degré de violence

(1) *Nouvelles recherches sur la fièvre puerpérale* ; Paris, 1791, in-12.
(2) *Dissert. sur la maladie des femmes à la suite des couches, connue sous le nom de fièvre puerpérale*.
(3) *Archiv. gén. de méd.*, 1830, t. XXII, p. 345, 456 ; t. XXIII, p. 30, 184.
(4) *Mémoire sur la péritonite puerpérale* (*Journ. hebd.*, 1828-30).
(5) *Traité de la péritonite puerpér.* ; Paris, 1830.
(6) *Journ. de méd. de Corvisart*, an X.
(7) *Hist. des phlegm. chroniq.*, t. III, 3e édit., p. 295 et suiv.
(8) *Clinique méd.*, t. II, 3e édit., p. 582 et suiv.
(9) *Anatomie pathologique du corps humain*, t. I, 13e livraison, avec pl. col.
(10) *Encyclop. of pract. med.*, t. III, article PERITONITIS.

des symptômes, à l'inflammation à marche rapide qui a pour siége le péritoine ou le tissu qui le double, quelle que soit d'ailleurs la cause qui l'a produite.

On a donné encore à cette maladie le nom d'*inflammation du bas-ventre*, et, dans des cas de *péritonite partielle*, ceux d'*inflammation du mésentère*, *de l'épiploon*, etc., suivant la partie affectée. C'est aussi cette affection qu'on a désignée parfois sous les noms de *gangrenosum peritoneum*, *peritonei purulentia*, *peritonei ulceratio*, de *fièvre mésentérique*, etc. Le nom de *péritonite* est aujourd'hui généralement admis.

La *fréquence* de la péritonite aiguë est très différente suivant l'espèce : nous allons voir, en effet, tout à l'heure combien est rare la *péritonite simple spontanée*. Les *péritonites par extension de l'inflammation* ou *par suite de l'inflammation* des vaisseaux veineux et lymphatiques, et la *péritonite par perforation*, ne sont pas, au contraire, des maladies rares. Toutefois on ne peut pas comparer leur fréquence à celle de l'inflammation d'autres membranes séreuses, et en particulier de la *plèvre*.

§ II. — Causes.

C'est surtout d'après les causes, ainsi que je l'ai dit plus haut, que les divisions de la péritonite ont été établies : il importe donc d'étudier avec soin ce point d'étiologie.

1° Causes prédisposantes.

Age. On admet généralement que l'âge adulte est plus exposé à la péritonite aiguë que les autres âges. Si l'on veut parler de la péritonite aiguë en général, la proposition n'est pas un instant douteuse. Ainsi que je l'ai dit, en effet, c'est presque toujours par la communication de l'inflammation d'un organe au péritoine, ou par suite d'une perforation, que se produit la maladie. Or quelles sont les affections dans lesquelles les choses se passent de cette manière? Ce sont celles qui surviennent à la *suite des couches*, c'est la *perforation intestinale*, conséquence des ulcères de la fièvre typhoïde ou de la phthisie pulmonaire ; et ce sont là des causes qui se rencontrent surtout chez les individus âgés de dix-sept à quarante ans. Mais si l'on veut rechercher quelle est l'influence de l'âge sur la péritonite simple, on voit qu'on ne peut pas arriver à un résultat aussi précis. M. Simpson (1) a réuni plusieurs observations de péritonites survenues *pendant la vie intra-utérine;* mais ces faits, très intéressants, ont été rassemblés avec assez de peine, et quoiqu'ils soient au nombre de 24, on ne peut pas en conclure que la péritonite soit fréquente chez le fœtus.

La péritonite *simple spontanée* a été décrite chez les *enfants*. M. Dugès (2) a consacré un passage assez étendu à la description de cette maladie dans l'enfance ; Billard (3) a cité une observation de péritonite aiguë chez le nouveau-né ; et enfin MM. Rilliet et Barthez (4) ont fait la description de la péritonite des enfants, d'après douze observations qu'ils ont recueillies, et dont quatre sont, suivant leur expression, des cas de *péritonite primitive*, tandis que les huit autres étaient des *péritonites secondaires*.

(1) *De la péritonite chez le fœtus*, etc. (*Archiv. gén. de méd.*, 3e série, 1838, t. III, p. 444, et 1839, t. VI, p. 34).

(2) *Dict. de méd. et chir. prat.*, article PÉRITONITE.

(3) *Traité des malad. des enfants*, 2e édit., 1833, p. 461.

(4) *Traité des malad. des enfants*, t. Ier, p. 555 et suiv.

Il faut remarquer, au sujet des faits qui viennent d'être indiqués, que les cas cités par M. Simpson sont relatifs, en grande partie, à des enfants présentant des vices de conformation, et que, par conséquent, on ne peut pas les faire entrer dans les faits ordinaires ; et que celui qui est rapporté par Billard manque d'un si grand nombre de détails, qu'on ne peut pas savoir si la péritonite est, ou non, le résultat d'une violence extérieure. Quant aux cas recueillis par MM. Rilliet et Barthez, il est à regretter que ces auteurs n'aient point fait connaître leurs observations, et surtout qu'il ne nous aient point donné séparément l'histoire de la péritonite primitive et de la péritonite secondaire ; car, de cette manière, on aurait vu bien plus facilement ce qui appartient à l'une et à l'autre. Les mêmes réflexions s'appliquent aux auteurs étrangers qui se sont occupés il y a peu d'années de ce sujet, et en particulier à MM. Heyfelder (1) et Romberg (2).

En définitive, nous voyons que les enfants ne présentent que très rarement la péritonite simple spontanée, et que même il n'est pas parfaitement démontré que cette maladie se soit développée chez eux uniquement sous l'influence de causes non traumatiques ou de l'extension de l'inflammation, etc. Mais c'est un point sur lequel j'aurai à revenir tout à l'heure quand il s'agira de déterminer les diverses espèces de péritonites. J'ajoute seulement que, d'après les descriptions que nous possédons, la péritonite ne présente point chez les enfants de signes particuliers, et qu'il n'y a, par conséquent, pas lieu d'en faire, comme quelques auteurs l'ont proposé, une espèce à part, sous le nom de *péritonite infantile*. Quant à la péritonite par perforation, elle se rencontre assez souvent chez eux.

Pour compléter ce que j'avais à dire ici des causes de la péritonite chez les enfants, je n'ai rien de mieux à faire que de citer les recherches de M. Thoré à ce sujet. Cet auteur (3), dans un article fort intéressant sur la péritonite des enfants nouveaux-nés, pour lequel il a réuni 63 observations, a constaté : 1° que la péritonite spontanée est aussi rare chez les nouveaux-nés que chez les adultes ; 2° que c'est du moment de la naissance jusqu'à deux mois et demi environ qu'elle se déclare habituellement ; 3° qu'elle est surtout fréquente au printemps ; 4° qu'elle accompagne fréquemment l'érysipèle du tronc ; 5° qu'elle est assez souvent la conséquence d'autres lésions, et principalement de lésions abdominales ; 6° enfin que dans la moitié des cas environ, elle reconnaît pour cause la *phlébite ombilicale*. Du reste, les faits observés par M. Thoré ont confirmé ce que nous savions sur l'extrême gravité de la péritonite chez les nouveaux-nés.

Sexe. Nous avons dit plus haut que la péritonite était une des lésions qui se rencontrent le plus fréquemment dans la fièvre puerpérale, et c'est ce qui fait que les *femmes* sont plus sujettes que les hommes à l'inflammation du péritoine ; car pour les autres espèces il n'y à point de différence notable.

Constitution. Nous n'avons rien de précis sur l'influence de la *constitution*. La péritonite suraiguë, survenant ordinairement par suite des lésions des divers organes abdominaux, se développe nécessairement chez un assez grand nombre de sujets dont la constitution est détériorée considérablement par des souffrances de plus ou moins longue durée. Mais ce n'est point là la constitution primitive.

(1) *Studien in Gebiet*, etc.
(2) *Ueber Peritonit.*, 1833.
(3) *Arch. gén. de méd.: De la périton. chez les enf. nouveau-nés*, 1° série, 1846, t. XI, p. 389; t. XII, p. 21.

Hygiène, etc. Nous ne pouvons non plus rien dire sur l'influence de l'*hygiène*, des *professions*, etc. Quant au *climat*, c'est une question qui ne peut avoir d'importance que relativement à une péritonite qui se produit sous forme *épidémique*, comme la péritonite puerpérale. Mais c'est là une question qui trouvera bien plus naturellement sa place à l'article *Fièvre puerpérale*. Je dois en dire autant de ces influences qu'on a désignées sous le nom de *constitutions épidémiques*.

2° Causes occasionnelles.

1° *Péritonite simple spontanée*. C'est ici qu'il importe de rechercher *s'il existe bien réellement une péritonite simple aiguë spontanée*; c'est-à-dire une péritonite qui n'aurait pour cause ni une lésion d'un organe abdominal, ni une perforation, ni une violence extérieure. « La péritonite spontanée, c'est-à-dire celle qui naît sans qu'aucune lésion viscérale l'ait précédée ou produite, est, disent les auteurs du *Compendium*, assez rare; cependant, ajoutent-ils, on a publié un trop grand nombre d'observations authentiques de cette phlegmasie, pour qu'on puisse en mettre en doute l'existence. » Je ne crois pas que cette proposition soit rigoureusement acceptable. Sans doute on trouve dans les auteurs un certain nombre d'observations qui, si l'on n'examine que le titre, sont des exemples de péritonite simple et spontanée. Mais si l'on étudie les faits, on s'assure bientôt qu'ils présentent beaucoup de doutes.

Dans les observations de Broussais, par exemple (1), on voit que l'autopsie laisse à désirer un très grand nombre de détails très importants, et sans lesquels il est impossible de se prononcer; et l'on doit d'autant moins le faire, que les symptômes semblent, dans presque tous ces cas, indiquer l'existence d'une perforation. Chez le sujet de l'observation 40ᵉ, nous avons, en outre, l'existence d'*escarres intéressant toute l'épaisseur de l'intestin*; dans l'observation 42ᵉ, nous trouvons les symptômes, et jusqu'à un certain point (parce que les détails sont insuffisants) les lésions appartenant à la *rupture de la rate*. Je pourrais multiplier ces exemples, mais je me contente d'ajouter que Broussais lui-même, dans les derniers temps, reconnaissait que, dans quelques cas du moins, l'investigation cadavérique n'avait pas été faite avec toute la rigueur nécessaire. C'est ainsi qu'à propos d'un sujet dont il rapporte l'histoire en abrégé, il met en note : « Je soupçonne chez ce malade une perforation fort étroite de l'iléon que je n'ai pas aperçue. »

Parmi les observations rapportées par M. Andral, on ne peut regarder comme des péritonites simples, développées spontanément, que les deux premières. Malheureusement l'importance de la question que nous traitons ici n'étant pas reconnue à l'époque où ces deux observations ont été prises, on n'a pas eu recours à tous les moyens nécessaires pour s'assurer qu'il n'existait aucune cause organique propre à expliquer la production de la péritonite aiguë.

Deux cas de péritonite sans perforation intestinale (2) ont été observés dans les services de MM. Rayer et Andral. Ces affections se sont déclarées dans la convalescence ou au déclin de la fièvre typhoïde. Malheureusement les observations, telles qu'on les a publiées, ne nous apprennent pas l'état des divers organes et spécialement des poumons.

(1) *Loc. cit.*, observ. 40 et suiv.
(2) *Journ. des conn. méd.-chir.*, juin 1846.

Dans ces dernières années, M. le docteur Logerais (1) a fait de cette question l'objet de sa dissertation inaugurale, et a cité plusieurs observations desquelles il résulte qu'un examen extrêmement attentif est nécessaire pour ne pas tomber dans l'erreur ; car, chez des sujets où l'on avait les plus grandes raisons de croire que la péritonite s'était développée spontanément, une dissection minutieuse a fait reconnaître l'existence d'une des lésions que je vais énumérer tout à l'heure.

Enfin, et cette considération n'est pas sans importance, il faut remarquer l'extrême rareté des adhérences péritonéales, hors les cas où des lésions organiques en expliquent l'existence, ce qui prouve que bien souvent on a pris d'autres maladies pour des péritonites simples ; car le nombre de ces maladies, qu'on prétend avoir guéries, est assez considérable.

En somme donc, on doit regarder la *péritonite simple*, *primitive*, *spontanée*, comme étant au moins excessivement rare, et l'on ne doit pas négliger de publier dans les plus grands détails les observations propres à en établir, d'une manière incontestable, l'existence. Il paraîtra peut-être surprenant que je m'exprime ainsi, mais c'est là une conséquence forcée de l'examen des observations, et l'on ne peut douter, malgré toutes les raisons qui pourraient porter à penser le contraire, que le péritoine, séparé seulement des agents extérieurs par une paroi composée de parties molles, et bien moins à l'abri en apparence des diverses variations de température, ne soit, même en admettant comme authentiques tous les faits publiés, bien rarement atteint d'inflammation, tandis que la plèvre, en apparence bien mieux abritée, s'enflamme si fréquemment.

Je considère ce point d'étiologie comme dominant toute la question de la péritonite, et c'est ce qui m'a engagé à insister sur cette discussion. Je pense qu'elle ne paraîtra pas trop longue, si j'ai su faire ressortir toute son importance.

Les causes occasionnelles qui, suivant les auteurs, peuvent faire naître la *péritonite simple*, *spontanée*, sont, en première ligne, l'influence du *froid*, l'*ingestion des boissons froides*, le corps étant en sueur, et quelques autres qu'on a attribuées à presque toutes les inflammations.

2° *Péritonite traumatique*. Les *violences extérieures* peuvent donner lieu à la péritonite, qu'on doit désigner alors sous le nom de *péritonite traumatique*. Des *coups* violents sur la région abdominale, une *chute*, une forte *pression*, ont suffi chez quelques sujets pour faire naître l'inflammation de la séreuse, en l'absence de toute rupture des organes abdominaux.

M. le docteur Th. Bennet (2) a vu une péritonite produite par le passage de la roue d'une pesante voiture sur l'abdomen. La guérison fut rapidement obtenue par un traitement antiphlogistique.

Mais ces faits sont exceptionnels, et dans l'immense majorité des cas, ce n'est que par une *rupture* que se produit la péritonite. Les *plaies pénétrantes* de l'abdomen ont, comme on le sait, pour une de leurs conséquences les plus fâcheuses, l'inflammation du péritoine : en pareil cas, la péritonite a de grands rapports avec la péritonite par perforation.

3° *Péritonite par extension de l'inflammation*. J'ai déjà dit plusieurs fois qu'une inflammation pouvait s'étendre d'un des organes abdominaux au péritoine. Quel-

(1) *Thèse*; Paris, 1840.
(2) *The Lancet*, 22 mars 1845.

ques auteurs, et Broussais en particulier, ont pensé qu'une des principales causes de la péritonite générale était l'extension de l'inflammation de l'intestin, dans l'entérite primitive, au péritoine qui recouvre cet organe. Mais les faits prouvent que c'est là une opinion erronée, et que, dans les cas qu'on a cités, on a méconnu la perforation qui avait réellement produit la péritonite : aussi n'est-ce pas de l'inflammation de l'intestin que je veux parler ici.

La péritonite par extension de l'inflammation se produit dans le cours des affections inflammatoires des organes contenus dans la cavité abdominale ou voisins de cette cavité. Le plus souvent, la péritonite qui se développe de cette manière est une *péritonite partielle*. C'est ainsi que, dans les *abcès du foie*, dans ceux *de la rate*, dans la *métrite*, qui envahit profondément l'utérus, on voit l'inflammation occuper le péritoine qui recouvre ces organes, et le faire adhérer, au bout d'un certain temps, avec la séreuse qui tapisse la paroi de l'abdomen. En pareil cas, les choses se passent comme dans les cas ordinaires de *pleuro-pneumonie*, où l'inflammation de la plèvre correspondant à la partie du poumon hépatisé, n'est que consécutive. Mais, d'autres fois, la péritonite, qui prend naissance dans le point occupé par un organe enflammé, peut devenir générale, et alors cette affection prend une gravité à peu près aussi grande que la *péritonite par perforation*, dont il sera question tout à l'heure. Nous avons vu des exemples de ce genre dans les cas d'hépatite. Un des plus remarquables a été cité par M. Andral.

Il faut rapprocher de ces faits les cas où, dans une *hernie étranglée*, l'inflammation, développée au point d'étranglement, se propage à tout le péritoine et cause promptement la mort.

Quelquefois une péritonite aiguë prend son point de départ *au niveau d'un organe atteint d'une lésion chronique*, sans que pourtant il y ait perforation. En pareil cas, la lésion organique ayant fait rapidement de grands progrès, il s'est développé autour d'elle un travail inflammatoire qui a ensuite envahi le péritoine. Cette péritonite est presque toujours partielle. C'est ainsi que dans le *cancer du foie*, dans certaines *atrophies* de cet organe, nous avons vu des adhérences se former entre lui et la paroi abdominale, par suite de ces inflammations partielles.

4° *Péritonite puerpérale.* Cette péritonite, qui survient ordinairement dans des circonstances toutes particulières, car les *épidémies de fièvre puerpérale* sont très fréquentes, ne peut pas, je le répète, être, dans l'état actuel de la science, considérée comme une affection à part. C'est dans l'histoire de la fièvre puerpérale qu'il faut chercher quelles sont les conditions de son développement, quelles sont les particularités qu'elle présente. Disons seulement ici que, dans le plus grand nombre des cas où elle se produit, elle a son point de départ dans l'inflammation de l'utérus, et que les vaisseaux veineux et lymphatiques de cet organe sont alors principalement affectés. Cependant, et c'est là ce qui a fait revenir les esprits de l'exagération qui avait prévalu dans ces dernières années, où l'on ne voulait voir dans les fièvres des femmes en couches qu'une simple péritonite, on trouve des cas où le péritoine est enflammé, sans que cette inflammation paraisse avoir sa source dans l'utérus, et de plus il y a divers foyers de suppuration qui indiquent une infection générale. On voit qu'il y a, en pareille circonstance, une cause particulière qui ne peut être étudiée que quand nous arriverons à la *fièvre puerpérale*, dans laquelle se produit la péritonite, aussi bien qu'un grand nombre d'autres lésions.

5° *Péritonite par perforation ou par rupture.* C'est là la forme la plus grave de l'inflammation du péritoine. Il est un grand nombre de lésions des organes contenus dans l'abdomen qui peuvent produire une perforation suivie d'une péritonite mortelle. Nous trouvons d'abord les *perforations intestinales*, dont la plupart nous sont déjà connues, et dont les autres appartiennent à la fièvre typhoïde. Puis la *perforation*, la *rupture de l'estomac* (1), la *perforation*, la *rupture de la vésicule et des canaux biliaires;* celle des *uretères*, de la *vessie*, dont il sera question plus tard; en un mot la *perforation et la rupture des divers organes creux*, sans en excepter l'utérus et les trompes, qui, dans certaines circonstances, présentent ces lésions terribles.

Une perforation ou une rupture peut avoir lieu dans un organe plein, lorsque l'inflammation est venue préalablement y creuser une cavité accidentelle. C'est ainsi que des *abcès du foie, de la rate*, etc., peuvent rompre leurs parois, se vider dans le péritoine, et produire les accidents mortels qui seront décrits dans le paragraphe suivant. Il en est de même des divers kystes, et en particulier des *kystes hydatiques.*

Des *abcès formés* simplement *dans le tissu cellulaire* qui double le péritoine peuvent avoir également cette fâcheuse terminaison : c'est ainsi qu'on voit des collections purulentes, qui se sont formées derrière le cœcum, rompre la paroi qui les sépare de la grande cavité péritonéale, y verser leur contenu, et produire la péritonite générale. Il y a dans ces cas cela de remarquable, que souvent la maladie ayant commencé par la rupture ou la perforation d'un organe creux qui produit l'abcès, il survient plus tard une seconde rupture, qui est celle de l'abcès lui-même. La marche de la maladie mérite, en pareil cas, d'être étudiée d'une manière toute particulière.

Dans quelques cas, enfin, on a vu des lésions d'organes étrangers à la cavité abdominale donner lieu à des collections purulentes qui, détruisant les parois de cette cavité, y versent le liquide qu'elles renferment. C'est ainsi qu'on a vu des *abcès de la base du poumon* se vider dans la cavité abdominale, après la perforation du diaphragme.

Je pourrais multiplier presque à l'infini ces citations, mais sans grande utilité, puisque, à l'occasion de chaque affection, j'ai eu soin d'indiquer ce genre de terminaison de la maladie, lorsqu'il est possible. Ajoutons seulement ici que ce qui ressort de plus général de tous ces faits, c'est que toutes les fois qu'une cavité contenant un liquide se vide dans le péritoine, la péritonite générale survient, et que sa violence est d'autant plus grande que le liquide est plus irritant. Dans les cas où ce liquide est du *sang*, comme dans la *rupture des anévrysmes*, dans la *rupture de la rate*, la mort causée par l'hémorrhagie est trop prompte pour que la péritonite arrive à son entier développement, et l'on n'observe que les symptômes du début.

Telles sont les causes les mieux connues; passons maintenant à la description des symptômes, qui ont été, en général, étudiés avec grand soin.

§ III. — Symptômes.

Pour la description des symptômes, il faut absolument tenir compte de la divi-

(1) *Voy.* t. II.

sion précédente ; car les choses se passent différemment, suivant que la péritonite s'est produite spontanément ou sous l'influence des causes qui viennent d'être énumérées. Malheureusement, la question n'a pas été suffisamment étudiée sous ce point de vue si important, et, si l'on excepte la péritonite par perforation, sur les symptômes de laquelle M. Louis a particulièrement fixé l'attention (1), on peut dire que les diverses espèces de cette affection si grave n'ont pas été suivies avec toute l'exactitude nécessaire dans leur marche et leur développement. Je vais décrire successivement la *péritonite simple spontanée ;* la *péritonite par extension de l'inflammation ;* la *péritonite puerpérale*, dont je ne dirai que quelques mots, pour les raisons indiquées plus haut ; et enfin la *péritonite par perforation ou par rupture.*

1° *Péritonite simple spontanée.* Sans revenir sur ce que j'ai dit de la difficulté qu'on éprouve à trouver dans la science des cas bien tranchés de cette espèce, je rappellerai cependant que, par suite de cette circonstance, la description qui va suivre doit être regardée comme peu précise. Les observations de M. Andral étant celles qui paraissent le moins douteuses, c'est d'après elles surtout que je crois devoir exposer les symptômes.

Début. Le début est variable. Des douleurs abdominales, semblables à des coliques, avec un malaise général, peuvent exister pendant un ou plusieurs jours, avant d'acquérir le caractère des douleurs de la péritonite ; c'est ce qu'on voit dans la seconde observation de l'auteur que je viens de citer. Parfois on a vu des individus éprouver *tout à coup* une douleur violente, excessive, dans un des points de l'abdomen, et cette douleur s'étendre rapidement à tout le ventre, sans qu'après la mort on ait trouvé de lésions hors du péritoine, et sans qu'on ait découvert une perforation. C'est ce que l'on voit encore dans la première observation de M. Andral. Mais il faut remarquer que ce sont là précisément les caractères de la perforation ; que souvent cette perforation est très difficile à découvrir, et qu'à l'époque où cette observation a été prise, l'attention n'était pas suffisamment fixée sur ce point de pathologie. Aussi ne serais-je pas surpris que l'auteur élevât lui-même aujourd'hui des doutes sur l'exactitude du fait.

On a encore indiqué, comme des symptômes du début de cette péritonite, les frissons ou le mouvement fébrile, les troubles digestifs ; mais on a eu principalement en vue, selon toutes les probabilités, ce qui se passe dans les cas de péritonite puerpérale, et nous avons indiqué plus haut les motifs qui nous forcent à étudier à part cette dernière espèce.

Symptômes. De quelque manière que la *douleur* se soit produite, elle persiste jusqu'à la fin. Son siége, qui a été d'abord borné à une partie variable du ventre, et qui a tantôt occupé un point, tantôt un autre, comme dans les cas où elle commence sous forme de coliques, finit par s'étendre à tout l'abdomen. Cette douleur est vive, et se fait remarquer principalement (on pourrait dire presque exclusivement) sous l'influence de la *pression* et dans les *divers mouvements* que fait le malade. Elle est ordinairement portée à un assez haut degré, pour que le moindre *changement de position* soit impossible, ou du moins ne puisse se faire sans des souffrances intolérables.

(1) *Recherches sur la fièvre typhoïde*, 2e édit., t. II, *Perforation de l'iléon.*

La *tuméfaction du ventre* est ensuite le symptôme le plus important ; elle est due à deux causes différentes : l'une est le *développement de gaz* qui distendent les intestins, l'autre l'*accumulation d'un liquide* et de *fausses membranes* en plus ou moins grande abondance dans le péritoine. Mais la première de ces causes a bien plus d'action que l'autre. Cette tuméfaction se produit avec une rapidité très variable, suivant les cas ; aussi quelquefois a-t-on trouvé, au début, le *ventre plus ou moins rétracté.*

La *percussion* fait reconnaître les causes de la tuméfaction du ventre. On trouve, en effet, dans une très grande étendue de l'abdomen une sonorité augmentée qui indique le *développement de gaz dans l'intestin;* tandis que vers les parties déclives, et surtout vers les flancs, on constate une matité peu étendue qui indique l'*accumulation d'une petite quantité de liquide.* Néanmoins ce dernier signe peut manquer, car on voit des cas dans lesquels le liquide est accumulé exclusivement dans les parties profondes du bassin.

Comme la tuméfaction a lieu d'une manière ordinairement prompte, il en résulte que les parois du ventre conservent à peu près toute leur force de résistance, et de là une *rénitence de l'abdomen*, dont la forme élevée et arrondie diffère notablement de la forme plus ou moins aplatie que prend le ventre dans l'*ascite.*

On a cherché aussi à déterminer l'existence du liquide dans le péritoine, en provoquant la *fluctuation ;* mais les fausses membranes qui se forment très rapidement, la très petite quantité et la consistance du liquide, s'opposent à ce que l'on obtienne des résultats bien positifs. Les autres signes de la maladie sont d'ailleurs tellement caractéristiques, qu'il est inutile d'insister beaucoup dans la recherche de celui-ci.

Il est, au reste, une réflexion qui s'applique à toutes ces explorations propres à faire reconnaître les signes physiques, c'est qu'elles n'amènent point à des résultats assez importants pour qu'on doive s'y livrer avec toute la rigueur habituelle. L'abdomen est, en effet, comme je l'ai dit plus haut, excessivement douloureux à la moindre pression, et l'on n'est point autorisé, dans le seul but d'arriver à un diagnostic qu'on peut établir d'une autre manière sur des bases solides, à provoquer des douleurs excessives, qui peuvent encore ajouter à la gravité du mal. Aussi la palpation faite avec une très grande douceur, et la percussion exercée avec les plus grands ménagements, doivent être seules mises en pratique.

Dans ces derniers temps, on a appliqué l'*auscultation* à l'étude des maladies de l'abdomen, et dans certains cas on a trouvé un *bruit de frottement* semblable à celui que nous avons signalé dans la *pleurésie.* Mais ce fait n'a jamais été constaté dans un cas de péritonite simple spontanée. Disons toutefois ici que les conditions nécessaires pour la production de ce bruit de frottement que l'on a comparé quelquefois à un *bruit de cuir neuf*, à un *raclement*, à un *craquement*, etc., sont l'existence de fausses membranes rugueuses, glissant l'une sur l'autre dans les mouvements du ventre. M. Després (1) a surtout insisté sur ce phénomène, qui a ensuite été reconnu par MM. Beatty (2), Corrigan (3), le docteur Bright (4), MM. Barth et Roger (5), et bon nombre d'autres observateurs.

(1) *Bull. de la Soc. anat.*, 1831, et *Thèse*, Paris, 1810.
(2) *Dublin Journ.*, n° 16, et *Arch. méd.*, t. VI, 2ᵉ série, 1834.
(3) *Dublin Journ.*, n° 27, extrait dans les *Arch.*, t. XII, 2ᵉ série, 1836.
(4) *Medic. chir. Transact. of London*, 1835, t. XIX.
(5) *Traité d'auscult.*, 2ᵉ édit., p. 513 et suiv.

M. le docteur Spittal (1) l'a décrit avec beaucoup de soin dans un mémoire où il rapporte deux observations détaillées. Je crois devoir citer les deux dernières conclusions de ce consciencieux travail :

« En quelque endroit, dit M. Spittal, qu'on perçoive les bruits de frottement péristaltique, on peut les regarder comme le signe caractéristique du glissement des intestins les uns sur les autres, et contre les parois abdominales, sans adhérences, ou avec des adhérences peu nombreuses. En tous cas, ils prouvent que les intestins ne sont pas entièrement adhérents ou réunis en une seule masse, non plus que fixés dans une grande étendue contre les parois abdominales.

» Dans les cas où le bruit de frottement qui a son siége à la partie supérieure de l'abdomen pourrait être confondu avec le bruit de frottement pleural, la présence, à un certain degré, des vibrations péristaltiques, suffirait pour fixer le le diagnostic. »

Ce bruit de frottement ne se montre ordinairement qu'à une époque peu éloignée du début de la maladie, parce que plus tard l'épanchement du liquide ou bien l'organisation des fausses membranes et les adhérences des deux faces du péritoine, s'opposent à sa manifestation.

Il peut être reconnu *par l'application seule de la main*, et c'est de cette manière qu'il a été distingué par M. Bright, que je viens de citer ; il donne alors à la main la sensation d'un *craquement sec* plus ou moins fort.

Les symptômes qui sont ensuite les plus importants se trouvent dans *les voies digestives*. Du côté de l'*estomac*, on remarque des *vomissements* qui ont particulièrement fixé l'attention des observateurs. Les vomissements, ordinairement précédés et accompagnés de *nausées* fréquentes, sont principalement formés de bile ; la matière rendue est jaune, verdâtre, souvent d'un vert foncé, porracée et amère. Plus tard, non seulement ces vomissements existent, mais encore les malades rejettent tout ce qu'ils prennent, et le vomissement devient presque incessant : symptôme d'autant plus fâcheux, que les contractions nécessaires pour expulser les matières contenues dans l'estomac sont toujours extrêmement douloureuses. Parfois, à une époque avancée de la maladie, ces vomissements ont lieu par simple *régurgitation*.

Sous ce rapport, les choses se passent un peu différemment chez les enfants, suivant les recherches de MM. Rilliet et Barthez. « Les vomissements sont, disent-ils, rares chez les enfants : deux fois seulement (2) ils ont marqué le début ; ils ont alors été bilieux, abondants ; dans un troisième cas, ils sont survenus seulement le onzième et le dix-huitième jour de la maladie. »

Du côté du *tube digestif*, on a signalé principalement la *constipation*, et Broussais, qui s'est attaché à faire ressortir l'importance de ce symptôme, l'a attribué à la difficulté qu'éprouvent les fibres intestinales à se contracter. Mais je ferai remarquer, à ce sujet, qu'on n'a pas suffisamment distingué l'espèce de péritonite à laquelle on avait affaire : en sorte que nous ne savons pas si ce symptôme doit s'appliquer à la péritonite simple spontanée. MM. Rilliet et Barthez ont, chez les enfants soumis à leur observation, remarqué au contraire, dans le plus grand nombre des cas, un *dévoiement* qui a duré pendant tout le cours de la maladie chez

(1) *London and Edinburgh monthly Journ.*, mai 1845, et *Arch. gén. de méd.*, août 1845.
(2) *Loc. cit.*, p. 251.

les sujets qui ont succombé, et pendant un assez grand nombre de jours chez les autres.

L'*état de la langue* n'a pas été suffisamment étudié dans les cas de péritonite spontanée ; mais, d'après ce que nous savons sur les autres maladies inflammatoires, nous devons penser qu'il n'a de rapports qu'avec la violence plus ou moins grande de l'inflammation et de la fièvre. Dans les cas très graves, on trouve la langue sèche, brunâtre, fendillée. L'*appétit* est constamment perdu, et la *soif* est ordinairement intense.

Un autre symptôme qui a quelque rapport avec ceux qu'on observe du côté de l'intestin, est la *difficulté d'uriner*. Elle a été signalée par la plupart des auteurs, et l'on a dit que l'urine était épaisse, trouble, ordinairement rouge : c'est un symptôme sur lequel je reviendrai à propos de la péritonite par perforation.

Les *symptômes généraux* qui accompagnent cette espèce de péritonite n'ont pu être étudiés avec grand soin ; bornons-nous donc à indiquer ici rapidement ce qui ressort de plus général des observations et des descriptions des auteurs. On n'a point cité l'existence de *frissons* se prolongeant dans le cours de la maladie ; MM. Rilliet et Barthez n'en ont point observé chez les enfants. Dans les cas où l'affection se développe avec lenteur, le *pouls* conserve une certaine largeur, et offre de la résistance et une accélération modérée dans les premiers jours. A une époque plus avancée, lorsque la maladie doit se terminer par la mort, le pouls devient faible, petit, misérable, et son accélération, bien loin de diminuer, augmente sensiblement. Dans les cas où l'on a vu l'affection se développer avec une très grande rapidité, le pouls a offert, dès le début, cette petitesse et cette accélération extrêmes ; mais on a eu tort, ainsi que l'a fait remarquer M. Andral, d'attribuer à tous les cas sans exception un symptôme qui peut manquer dans certaines circonstances. Cette proposition est confirmée par les observations de MM. Rilliet et Barthez.

Dans les quinze premiers jours, on observe une *chaleur* plus ou moins intense, qui peut être remplacée dans les derniers moments par le *refroidissement des extrémités* et même de tout le corps. La *peau* est ordinairement *sèche*. La *face* exprime une vive souffrance, et, aux approches de la mort, présente ce *facies hippocratique* que nous aurons à signaler dès le début dans les cas de péritonite par perforation.

Enfin, on a noté l'*accélération de la respiration*, qui est purement *costale*, parce que les malades évitent toute contraction de l'abdomen, qui réveillerait des douleurs excessives ; et de plus, une *agitation* plus ou moins vive au plus fort de la fièvre, parfois même du *délire*, et, dans les derniers temps, la *prostration*, le *coma*, la *perte de l'intelligence*. Tous ces symptômes, je le répète, ont été étudiés avec peu de soin.

2° *Péritonite par extension de l'inflammation*. C'est principalement dans cette péritonite qu'on a étudié le *bruit de frottement péritonéal*. Cette espèce nous présente en outre quelques particularités dans son début. C'est elle qui constitue le plus souvent la péritonite partielle ou circonscrite, et c'est sous ces divers points de vue qu'il importe seulement de la considérer ici.

Début. Le début de la péritonite par extension de l'inflammation est remarquable en ce que la douleur qui annonce l'invasion se produit dans le cours d'une affection dont on a déjà pu suivre les symptômes. Ainsi, dans les cas de *hernie étranglée*, on a vu d'abord les accidents propres à cet étranglement durer pendant un temps assez long, puis des signes d'inflammation se montrer dans le sac herniaire,

et enfin des douleurs péritonéales se faire sentir dans les parties voisines pour s'irradier de ce point vers les autres parties de l'abdomen. Les choses se passent de même dans les cas d'*inflammation du foie;* l'augmentation de volume de cet organe, la sensibilité à la pression, les vomissements et l'ictère précèdent, pendant un temps variable, les douleurs beaucoup plus vives qui annoncent l'invasion de la péritonite.

Il est cependant des cas, et ces cas sont fréquents, où le début de la péritonite n'est point aussi facile à constater, c'est lorsque l'inflammation du péritoine est *partielle*, lorsqu'elle ne s'étend pas au delà de l'organe primitivement enflammé. Il peut, en effet, arriver alors que cette partie du péritoine s'enflamme en même temps que l'organe lui-même, et les douleurs produites par la péritonite se confondent avec celles de l'inflammation organique. Une plus grande intensité de la douleur, son siége plus superficiel, ce qui rend la moindre pression très difficile à supporter, sont alors les seuls signes auxquels on puisse reconnaître le début de la péritonite partielle. Si cette espèce de péritonite survient dans le cours d'une maladie chronique, ses signes sont plus apparents, car à une douleur sourde, obtuse, succède une douleur violente.

Symptômes. A moins que l'inflammation ne devienne très rapidement générale, on n'observe point d'abord de phénomène très remarquable, sauf la *douleur*. Mais si l'on pratique l'auscultation, on entend, aux environs du point de départ, le *bruit de cuir neuf*, de *craquement*, de *frottement*; qui a été principalement observé dans les cas de ce genre. A une époque plus avancée surviennent la *tuméfaction du ventre*, la *rénitence intestinale*, en un mot, les symptômes précédemment décrits et sur lesquels il serait inutile de revenir ici.

Si la *péritonite* reste *partielle*, ce qui est le cas le plus commun lorsque l'inflammation d'un organe se communique au péritoine, la maladie primitive conserve ses caractères; on observe seulement l'*augmentation de la douleur* précédemment mentionnée et une certaine *exaspération des symptômes généraux.*

3° *Péritonite puerpérale.* La péritonite puerpérale est surtout remarquable par son début et par la violence des symptômes qui la caractérisent. Examinons-la sous ces deux points de vue.

Début. Il est rare que l'inflammation du péritoine se manifeste pendant le cours même de l'accouchement; cependant on en trouve quelques exemples dans les auteurs, et dans ces cas seulement on peut admettre que la péritonite est la lésion principale, celle qui donne lieu à tous les symptômes de la fièvre puerpérale. Tous les auteurs, surtout depuis Chaussier, ont indiqué comme un symptôme qui caractérise particulièrement le début de cette espèce de péritonite, un *frisson* violent qui s'accompagne de tremblement des membres, de claquement des dents, et dure pendant une ou plusieurs heures. Mais reste à savoir si ce frisson appartient à la péritonite elle-même ou bien à la fièvre puerpérale, dont la péritonite n'est qu'une des expressions organiques, s'il est permis de parler ainsi. C'est là une question qui sera examinée dans la description de cette dernière maladie.

Peu de temps après que ce frisson s'est manifesté, il survient, vers l'hypogastre, des douleurs violentes qui bientôt gagnent toute l'étendue de l'abdomen, et l'existence de la péritonite est confirmée.

Symptômes. Le *ballonnement du ventre est beaucoup* plus remarquable dans ce cas que dans tous les autres, ce qui tient évidemment à la flaccidité des parois

abdominales, dont la distension est rendue par là très facile. L'*accumulation des gaz* dans les intestins est souvent très prompte. Des nausées, des *vomissements bilieux* se manifestent à une époque très rapprochée du début, et parfois même dès le début. La *soif* est considérablement augmentée, l'*appétit complétement perdu*. La *langue*, humide, blanchâtre, souple dans les premiers jours, devient ordinairement brune dans les derniers temps. Du côté de l'*intestin*, on observe le plus souvent de la *diarrhée*, quelquefois cependant de la *constipation*, et parfois des *alternatives* de diarrhée et de constipation. On voit par là combien quelques auteurs ont eu tort de regarder la constipation comme un symptôme presque caractéristique de la péritonite.

Cette espèce de péritonite est une de celles où la *respiration* paraît le plus gênée, à cause de la distension considérable que prend le ventre pour les raisons indiquées plus haut. Au reste, il en est de ce symptôme comme de tous les autres qui sont en rapport avec l'extrême violence de l'inflammation en pareil cas. C'est ainsi que lorsque la maladie a acquis tout son développement, les symptômes précédents prennent une intensité extrême, les vomissements deviennent incessants, les *douleurs à la pression* sont intolérables, et les moindres mouvements impossibles, ce qui force les malades *à se tenir constamment couchées sur le dos*.

Les symptômes généraux sont en rapport avec la grande violence de la maladie; mais ils ne diffèrent pas sensiblement de ceux qui ont été précédemment indiqués. La *chaleur* de la peau, la fréquence du *pouls*, l'*agitation*, l'*anxiété*, l'*état vultueux de la face*, et plus tard le *délire*, la *petitesse du pouls*, l'*augmentation* de sa fréquence, qui est telle qu'on le sent battre 140 fois par minute, ou même plus; la perte complète des *forces*, l'abattement, l'aspect terreux de la *face*, l'*amaigrissement* de cette partie et de tout le corps; des *sueurs visqueuses*, et l'*état comateux* dans quelques cas, complètent le tableau de cette maladie.

Toutefois il est une circonstance qu'il ne faut pas oublier, car elle a une très grande importance dans la symptomatologie de la péritonite puerpérale. C'est: 1° l'*absence complète de la sécrétion lactée*, dans le cas où la péritonite est survenue peu de temps après l'accouchement, ou la *suppression de cette sécrétion* dans les cas où elle s'était déjà établie, de telle sorte que les mamelles se flétrissent et restent vides et flasques; 2° la *suppression* plus ou moins complète des *lochies*. Ces deux phénomènes ont été principalement signalés par les auteurs qui nous ont précédé; mais les recherches modernes ont démontré qu'on en avait beaucoup exagéré l'importance, aussi est-ce un point sur lequel je reviendrai à l'article *Fièvre puerpérale*; j'y renvoie le lecteur.

Je dois le répéter ici, je n'ai pas eu la prétention de donner une description de la péritonite puerpérale envisagée, ainsi que l'ont fait plusieurs auteurs, comme une affection toute particulière. S'il en avait été ainsi, j'aurais dû m'étendre longuement sur son histoire, mais alors je n'aurais pas pu considérer la *fièvre puerpérale* comme une affection complexe comprenant la péritonite, ce qu'on ne saurait s'empêcher de faire dans l'état actuel de la science.

4° *Péritonite par perforation ou par rupture*. La péritonite par perforation ou par rupture, soit d'un organe creux, soit d'un kyste, soit d'un abcès, en un mot de toute cavité naturelle ou accidentelle d'où un liquide peut s'épancher dans le péritoine, est celle qui a été principalement désignée sous le nom de *péritonite*

suraiguë. Elle est remarquable surtout par son début, mais elle présente en outre des particularités importantes qui vont être signalées. La première description bien précise de cet accident redoutable est due à M. Louis (1). Plus tard, un assez grand nombre d'auteurs ont fixé leur attention sur ce point intéressant de pathologie, et nous ont fourni des faits très utiles à connaître. Je citerai, entre autres, M. Stokes (2) et M. Forget (3). En outre, un bon nombre d'observations isolées sont éparses dans les divers recueils, en sorte qu'il est facile de tracer une histoire exacte de cette espèce.

Début. J'ai réuni dans un seul et même paragraphe les péritonites par perforation et par rupture, parce que, dans l'un et l'autre cas, les symptômes et les conséquences funestes de la maladie sont les mêmes. Dans le cours d'une des affections qui peuvent donner lieu à l'ulcération et à la perforation d'un organe creux, ou à la rupture d'une cavité contenant un liquide (4), on voit *tout à coup* survenir une *douleur* extrêmement vive, déchirante, qui occupe d'abord un point limité de l'abdomen, et s'étend bientôt rapidement au reste de la cavité péritonéale : tel est le signe qui caractérise essentiellement le début de la péritonite par perforation ou par rupture. On a cité, il est vrai, quelques cas où il n'a pas été aussi tranché, mais ces cas sont exceptionnels, et j'y reviendrai plus loin. Je dis que ce signe caractérise le début de la péritonite par perforation ou par rupture, mais il ne faut pas croire qu'il suffise seul pour faire admettre l'existence de l'inflammation péritonéale. Des douleurs semblables, ou présentant la plus grande analogie avec elles, peuvent, en effet, se produire et se dissiper promptement, sans laisser après elles aucun symptôme grave. Nous en avons vu des exemples dans la colique hépatique. Ce que j'ai voulu établir positivement, c'est que, quand une péritonite bien confirmée a débuté de cette manière, on doit la regarder comme étant causée par la perforation ou la rupture d'une cavité naturelle ou accidentelle. Ainsi rien n'est plus important que de s'informer avec le plus grand soin de la manière dont s'est produit cet accident, presque toujours inattendu.

Symptômes. Ordinairement les symptômes de la péritonite par perforation ou par rupture sont des plus violents et des plus marqués ; c'est ce qui a lieu dans les cas où le début est tel que je l'ai indiqué. Parfois cependant ce début et les symptômes qui suivent sont beaucoup moins bien caractérisés ; ce sont là des cas qu'il faut ranger parmi les *péritonites latentes* dont je parlerai plus loin. Ne nous occupons ici que de ceux où l'affection présente tous ses caractères.

Cette *douleur* si violente et survenue *tout à coup*, que nous avons vue marquer le début, conserve son intensité dans les premiers temps. Bientôt le ventre se *tuméfie*, et la *pression* exercée sur ses parois devient intolérable. Cette exaspération de la douleur sous la pression est un signe de la plus haute importance, et M. Louis a fortement insisté sur ce point. Voici comment il s'exprime à ce sujet : « La subite apparition d'une douleur violente de l'abdomen, accompagnée de l'altération de la physionomie, serait insuffisante pour porter, avec toute la certitude possible, un

(1) *Recherches anat. path.*, etc. *Mém. sur la perfor. de l'intestin grêle*, pag. 136 et suiv.; Paris, 1826.

(2) *Cyclopedia of pract. medic.* : *Peritonitis from perfor.*, etc., t. III, p. 308.

(3) *Mémoire sur les perfor. du canal dig.* (*Gaz. méd.*).

(4) Voy. *Affections de l'estomac, de l'intestin* ; *Phthisie* ; *Fièvre typhoïde* ; *Maladies du foie et des voies biliaires* ; *Maladies de l'utérus et de l'ovaire* ; *Abcès de la fosse iliaque*, etc.

pareil diagnostic : *il faut que la douleur soit exaspérée par la pression.* Ainsi j'ai vu mourir, en moins de trois jours, à la Charité, une femme atteinte de phthisie pulmonaire encore peu avancée, qui offrait pour toute lésion récente, à l'ouverture de son corps, une foule de taches rouges, lenticulaires, dans toute l'étendue de la membrane muqueuse du colon, bien qu'elle eût éprouvé, dans toute leur violence, les symptômes indiqués ; mais la douleur du ventre n'avait pas été exaspérée par la pression. »

L'*extension de la douleur à tout l'abdomen* n'est pas moins digne d'attention, et le même auteur (1) a insisté en ces termes sur ce point intéressant : « Non-seulement cette exaspération est nécessaire, mais il faut encore, pour la sûreté du diagnostic, que la douleur s'étende, plus ou moins promptement, à tout l'abdomen. Le fait suivant en est la preuve. Il s'agit d'un homme de trente ans que j'observai en 1823 à la Charité, où il était venu se faire traiter d'une maladie de l'estomac. Il offrait, effectivement, tous les symptômes d'une gastrite chronique ; mais, après quelques jours de repos, il fut pris subitement d'une violente douleur à l'épigastre, bientôt accompagnée de nausées, de vomissements, de l'altération des traits. Cette douleur, qui était exaspérée par la pression, occupait un espace peu considérable ; elle fut toujours bornée à la région où elle s'était déclarée, et eut, comme les autres symptômes, plus ou moins de violence pendant quatre jours, après lesquels le malade mourut. A l'ouverture de son corps, on trouva pour principale lésion un épanchement considérable de sang derrière le péritoine, par suite de la rupture d'un anévrysme de l'artère cœliaque. »

On pourrait appuyer ces remarques de M. Louis par des faits d'une autre nature. C'est ainsi qu'on voit des perforations intestinales se faire dans un point où le canal est seulement doublé de tissu cellulaire, comme à la partie postérieure du cæcum ; alors il n'y a pas de péritonite, mais bien un abcès post-péritonéal, et la douleur reste fixe dans le point où elle s'est produite, à moins qu'il ne survienne une rupture des parois de l'abcès, et que le pus ne tombe dans le péritoine, ce qui rentre dans les cas ordinaires dont je viens de parler.

Cependant on a cité quelques faits exceptionnels où une perforation faisant, selon toutes les probabilités, communiquer la cavité de l'intestin avec celle du péritoine, la douleur est restée circonscrite. M. le docteur de Castelnau (2) a rapporté un cas de ce genre. On a expliqué cette particularité par la formation rapide d'adhérences entre deux anses intestinales, et par un épanchement uniquement gazeux dans la cavité séreuse. Ces cas, sur lesquels je reviendrai, sont, je le répète, entièrement exceptionnels, et ne font rien perdre de leur valeur aux considérations précédentes.

Les nausées, les *vomissements* bilieux, si remarquables dans toutes les péritonites intenses, ne se font pas attendre dans celle-ci. Il n'est qu'une seule circonstance qui les fasse manquer, c'est lorsque la péritonite est causée par une large perforation ou par la rupture de l'estomac. Les efforts pour vomir, comme au reste tous les mouvements, augmentent notablement la douleur du ventre.

Du côté de l'*intestin*, nous trouvons encore signalée comme symptôme important la *constipation*, mentionnée plus haut ; et il est certain que les cas dont il s'agit sont les plus favorables à la production de ce phénomène. Cependant, et c'est là

(1) *Rech. sur la fièvre typhoïde*, t. II, p. 327.
(2) *Arch. gén. de med.*, 4e série, 1843, t. II, p. 74.

encore un fait qui prouve combien la théorie peut induire en erreur, il est un certain nombre de cas où l'on observe une diarrhée assez considérable. MM. Chomel et Genest (1) ont insisté sur ce point, et ont cité plusieurs faits empruntés à MM. Louis et Stokes, ainsi qu'à leur propre observation, où il y a eu des selles liquides nombreuses après la perforation intestinale et le développement de la péritonite générale.

Du côté de l'estomac et de la bouche, les symptômes sont ceux qui ont été indiqués plus haut. Il en est de même de l'état de la circulation et de la respiration, sauf que l'accélération, la petitesse du pouls, le caractère purement *costal* des inspirations, se montrent plus rapidement que dans aucun autre cas.

La *suppression des urines* est parfois aussi très remarquable. M. Forget (2) a signalé ce symptôme d'une manière particulière.

L'*altération des traits* se produit aussi avec une très grande rapidité. La *face* est grippée ; elle exprime une très vive anxiété, et en peu de temps les traits sont écoulés, comme s'il était survenu un amagrissement considérable.

Le *décubitus* est également remarquable. Les malades se ramassent, se pelotonnent sous les couvertures. Ils craignent le moindre mouvement, et manifestent une vive répugnance pour toute exploration.

Des *frissons* de plus ou moins longue durée, revenant à de courts intervalles; une vive sensibilité au froid; le refroidissement rapide des extrémités, la *conservation* de l'intelligence au milieu de ces affreuses souffrances, complètent le tableau de la maladie, en y ajoutant néanmoins quelques symptômes déjà indiqués à propos des autres péritonites, mais qu'il serait inutile de reproduire ici, car ils n'ont rien de caractéristique.

Il est toutefois une particularité que je ne dois pas oublier, c'est que la violence des principaux symptômes peut notablement diminuer, sans que pour cela l'inflammation ait perdu de son intensité. Ainsi on voit dans quelques cas, et presque exclusivement dans ceux où la maladie a une durée de plus de vingt-quatre heures, la douleur diminuer notablement, et assez, suivant l'expression de M. Louis, pour que les malades soient bientôt sans crainte sur leur situation. « Mais alors, ajoute cet auteur, d'autres symptômes doivent empêcher le médecin de partager cette sécurité : les traits restent grippés, les nausées et les vomissements continuent, ou bien la face, sans être profondément altérée, est pâle et violacée; les malades éprouvent un frisson continuel, s'enveloppent le plus exactement possible dans leur couverture, et craignent d'en sortir; ils ont l'attitude d'un homme qui, ayant pris un bain froid, ne pourrait plus se réchauffer. »

J'ai dû beaucoup insister sur ces particularités, parce que si, dans les cas dont il s'agit, on n'avait pas présentes à l'esprit toutes les nuances, on pourrait tomber dans les erreurs les plus graves. La péritonite par perforation ou par rupture est un accident si terrible, que la moindre hésitation, et à plus forte raison l'emploi de moyens contraires, feraient nécessairement perdre le très petit nombre de chances qu'on peut encore avoir de sauver les malades.

On voit, d'après ce qui précède, que les choses se passent différemment suivant les espèces de péritonite, bien qu'il y ait un très grand nombre de symptômes

(1) *Leçons clin. sur la fièvre typ.*, 1834, p. 421.

(2) *Traité de l'entérite folliculeuse*; Paris, 1841, p. 242.

communs ; mais ce qu'il ne faut jamais oublier, c'est qu'une douleur subite, inattendue, atroce, promptement étendue à tout l'abdomen, caractérise particulièrement la péritonite suraiguë par perforation, qui, de toutes les *péritonites générales*, est, avec la péritonite puerpérale, la première, sous le rapport de la fréquence, et aussi la plus grave.

L'extrême différence que nous avons notée, sous le rapport de la gravité, entre ces *péritonites générales* et les *péritonites partielles* qui se produisent dans un si grand nombre de circonstances, n'est pas moins frappante. Aussi tous les auteurs l'ont-ils signalée depuis que la péritonite a pu être étudiée convenablement.

Dans des cas fort rares, la péritonite peut se terminer par l'*issue du liquide purulent au dehors.* C'est ce qui a été observé par M. le docteur Aldis (1) chez une petite fille de sept ans, dont la maladie durait depuis onze semaines. Il se manifesta, à côté de l'ombilic, une petite tumeur à parois minces, qui s'ouvrit spontanément, et laissa sortir environ cinq litres de pus. Le ventre s'affaissa immédiatement, et l'on put s'assurer qu'il n'y avait pas de kyste. L'écoulement du pus continua pendant deux mois, puis l'ouverture se ferma et se cicatrisa, et la malade fut radicalement guérie.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison.

La *marche* de la maladie est très variable suivant les espèces, du moins quant à sa rapidité, car on peut dire qu'elle est toujours continue. Dans la *péritonite partielle*, on voit, il est vrai, survenir, à des intervalles variables des exacerbations marquées, lorsque l'inflammation de la séreuse est sous la dépendance d'une affection organique qui présente dans son cours des alternatives d'activité et de ralentissement ; mais, en pareil cas, on doit attribuer la douleur caractéristique de l'inflammation péritonéale à la production de plusieurs péritonites circonscrites qui se sont succédé aux intervalles indiqués. On en acquiert parfois la preuve à l'ouverture des corps, car on trouve, à côté d'adhérences déjà anciennes, des fausses membranes jaunes, molles, évidemment récentes. La rapidité de la marche est remarquable dans la *péritonite puerpérale*, mais surtout dans la *péritonite par perforation*, où, dès les premiers moments, la maladie a acquis toute son intensité.

La *durée* de la *péritonite simple spontanée* ne peut être établie sur aucun fait positif ; celle de la *péritonite puerpérale* a été fixée entre le sixième et le neuvième jour dans les cas ordinaires ; mais quelquefois on voit succomber les malades en quelques heures. La durée de la *péritonite par perforation ou par rupture* est la plus courte dans presque tous les cas. Dans ceux qui ont été observés par M. Louis, l'espace qui s'est écoulé entre le début de la perforation et la mort a varié entre vingt et cinquante-quatre heures, sauf chez un sujet qui n'a succombé que sept jours après le développement des premiers symptômes. Nous avons vu des faits semblables dans les cas de *rupture de la rate*. On peut dire, d'une manière générale, que la péritonite par suite de rupture est plus promptement mortelle que la péritonite par perforation, parce que, dans les cas de rupture, l'ouverture de com-

(1) *London med. Gaz.*, novembre 1816.

munication étant plus large et le liquide étranger faisant irruption en abondance dans le péritoine, l'inflammation se produit aussitôt avec la plus violente intensité. Dans la rupture de l'estomac, l'impossibilité d'ingérer des boissons sans qu'elles tombent aussitôt dans la cavité enflammée, et le passage dans cette cavité des matières âcres contenues dans le ventricule, rendent la maladie mortelle en très peu d'heures (1).

La terminaison de la *péritonite générale* est presque toujours la mort. Les cas dans lesquels on pourrait espérer le plus une terminaison heureuse sont, sans contredit, les cas de *péritonite simple spontanée ;* mais nous avons vu combien ils sont rares, et combien de doutes s'élèvent sur la réalité de la plupart d'entre eux. Quant à la *péritonite par extension de l'inflammation*, elle a presque toujours une terminaison funeste lorsqu'elle est *générale ;* mais ce n'est pas, heureusement, le cas le plus fréquent. Tout le monde connaît la terminaison de la *péritonite puerpérale :* les cas de guérison sont rares ; mais, en pareil cas, la terminaison par la mort dépend aussi bien des autres lésions dépendantes de la *fièvre puerpérale* que de la péritonite elle-même. J'aurai donc occasion d'y revenir.

Il est bien peu de cas où la *péritonite par perforation* n'ait pas occasionné la mort. Cependant MM. Graves et Stokes en ont cité des exemples que je rappellerai à l'occasion du traitement, et M. de Castelnau a publié un fait très intéressant de *fièvre typhoïde* grave dans lequel les signes de la perforation s'étant montrés, la guérison a cependant eu lieu ; mais n'oublions pas que ce fait est exceptionnel ; que les symptômes étant restés circonscrits, nous manquons d'un des principaux éléments d'un diagnostic rigoureux ; et si, dans ce cas, par suite d'une heureuse disposition des parties, la péritonite est restée bornée à un point limité, on ne saurait évidemment le comparer aux précédents.

Quant aux *péritonites partielles*, on peut dire qu'elles ne sont pas dangereuses par elles-mêmes, et de là vient qu'on trouve, dans les cas d'affections organiques chroniques, ou un temps plus ou moins long après des inflammations aiguës des viscères, des adhérences plus ou moins fortes qui unissent les organes abdominaux aux parois de la cavité.

Ces *adhérences*, qui peuvent gêner le jeu des organes, donnent parfois lieu à des accidents qu'il importe de signaler ici. Le ventre reste sensible dans le point où elles existent, et cette sensibilité se manifeste surtout dans les grands mouvements du tronc, parce qu'alors il y a un tiraillement de ces adhérences qui se fait sentir, et à l'organe et aux parois abdominales. Les viscères, comme le foie et l'estomac, peuvent être maintenus dans une position différente de l'état normal, et de là une gêne plus ou moins grande de leurs fonctions. Mais nulle part ces accidents, suite des adhérences, ne se font sentir avec autant de force que dans certains cas d'adhésion anormale des intestins. Nous avons déjà vu des brides résultant de péritonites partielles étrangler complétement le canal intestinal. Quelquefois plusieurs anses adhèrent ensemble, et le mouvement péristaltique étant gêné, les matières s'accumulent ; d'autres fois cet *engouement intestinal* est causé par l'adhérence d'une anse à un autre organe, comme à l'utérus, à l'ovaire tuméfié et malade ; il en résulte que le milieu de cette anse devient déclive, et que l'engouement intestinal se produit avec tous ces accidents. M. Cossy a dernièrement communiqué à la Société d'observa-

(1) Voy. t. II, *Perforation, Rupture de l'estomac.*

tion un fait de ce genre. J'ai indiqué les principaux inconvénients qui peuvent résulter de ces adhérences, les autres seront facilement compris.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques de la péritonite en général, et de chaque espèce en particulier, ont été étudiées avec grand soin, et l'on trouve dans les auteurs de ces vingt dernières années surtout, de grands détails sur ce point. Mais, ainsi que nous l'avons fait jusqu'à présent, nous ne devons signaler que ce qu'il y a de plus important.

1° *Lésions communes à toutes les péritonites.* D'après les recherches et les expériences de MM. Scoutetten (1), Gendrin (2), Andral (3), de petites rougeurs en stries ou en plaques sont les premières traces de l'inflammation du péritoine; mais quel est le siége réel de ces rougeurs? D'après les deux derniers auteurs que je viens de citer, il se trouve dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et cette manière de voir est aujourd'hui généralement admise. Bientôt après, le péritoine se couvre d'une exsudation plus ou moins épaisse, qui ne tarde pas à s'organiser en fausses membranes. Celles-ci, quand elles sont toutes récentes, sont d'un blanc jaunâtre, molles, et se détachent facilement de la séreuse sous-jacente qui a perdu son poli, sa transparence, et est devenue cassante. La quantité des fausses membranes qui se forment ainsi peut être extrêmement considérable. Elles remplissent les anfractuosités, collent ensemble les intestins, forment des tractus qui se portent des viscères aux parois abdominales, et ont souvent une épaisseur considérable.

Une certaine quantité de liquide de nature variable se trouve aussi réunie dans les parties les plus déclives, mais nous ne pouvons pas ici, comme dans la *pleurésie*, dire d'une manière très précise quelle est la nature du liquide épanché dans les cas de péritonite simple spontanée, et cela pour les raisons exposées plus haut. S'il est vrai, en effet, que dans les cas bien étudiés et bien connus, il y a eu perforation ou rupture d'une cavité qui a versé son contenu dans le péritoine, on ne peut douter que le liquide étranger n'ait notablement modifié par son contact la sécrétion péritonéale, qui peut-être eût été différente s'il n'y avait eu qu'une inflammation; et en outre, ce liquide, par son mélange avec le produit de cette sécrétion inflammatoire, lui donne nécessairement des qualités particulières.

Tantôt on ne trouve, dans la profondeur du petit bassin, vers les flancs, et assez rarement ailleurs, qu'une quantité médiocre de sérosité trouble, blanchâtre, contenant des flocons fibrineux; tantôt c'est une véritable collection purulente mêlée ou non d'une petite quantité de matières fécales liquides, de bile, etc., suivant l'organe perforé ou rompu. Parfois le liquide purulent est assez abondant, mais ordinairement alors il y a eu ouverture d'un abcès considérable dans le péritoine; c'est ce qu'on voit dans certains cas de phlegmon des fosses iliaques. Enfin le liquide est parfois sanieux et très fétide, ce que l'on observe principalement dans les cas de gangrène des organes abdominaux.

Quelquefois on trouve dans le liquide contenu dans le péritoine une certaine

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1823, t. III, t. IV et V.
(2) *Hist. anatom. des inflammations.*
(3) *Clin. méd.*, et *Anat. pathol.*

quantité de sang, ce qui a paru à quelques auteurs assez important pour faire une espèce particulière de péritonite, qu'ils ont désignée sous le nom de *péritonite hémorrhagique*. Mais j'ai déjà exposé plus haut les raisons qui portent à croire que, dans la plupart de ces cas, il y avait eu une rupture soit d'un organe gorgé de sang, soit d'un vaisseau, rupture que les fausses membranes avaient dérobée aux recherches des observateurs. Dans la cinquième observation de M. Andral (1), il est dit d'abord qu'un flot de liquide rouge, semblable au sang qu'on tire de la veine, s'écoula à l'ouverture de l'abdomen. Puis, dans ses réflexions, l'auteur se borne à dire que le liquide était formé d'une sérosité fortement colorée en rouge par du sang. Ce n'est pas la première expression qui paraît la plus juste, à moins qu'il n'y ait eu rupture ou perforation d'un vaisseau. On peut admettre que, dans certains cas, une simple exhalation sanguine se mêle au produit de la sécrétion inflammatoire du péritoine, quoique l'on ne puisse pas douter que le fait ne soit très rare; mais on comprendrait difficilement que le liquide pût ressembler à celui qu'on tire de la veine, si une quantité notable de sang n'avait pas été versée dans la cavité séreuse à la suite d'une perforation ou d'une rupture; et, relativement au cas dont il s'agit ici, il faut remarquer que, peu de temps avant la mort, il est survenu brusquement une douleur vive qui est devenue bientôt intolérable, phénomènes propres à la rupture, sur l'existence de laquelle l'attention de l'auteur n'a évidemment pas été attirée d'une manière suffisante.

Il résulte de tout cela que la *péritonite hémorrhagique* est beaucoup moins bien connue qu'on ne le croyait, et que, dans l'état actuel de la science, elle a beaucoup moins d'importance que ne lui en attribuait Broussais.

Nous avons noté, dans la *pleurésie*, des espèces d'ulcérations de la séreuse qui occasionnaient des infiltrations purulentes dans la paroi pectorale et même la perforation du poumon. Dans la péritonite, on n'a pas signalé ces perforations de dehors en dedans, mais on a vu la destruction du péritoine pariétal suivie de l'infiltration purulente du tissu cellulaire sous-jacent, infiltration qui peut occuper une grande étendue, ou bien, en faisant des progrès, donner lieu à des collections de pus. Il est souvent difficile de dire si c'est le liquide contenu dans le péritoine qui, par son contact, a déterminé la destruction de cette membrane, ou si une ou plusieurs collections purulentes formées dans le tissu cellulaire sous-péritonéal se sont vidées dans la cavité séreuse. On a vu, en effet, des cas de ce genre, et l'on a donné alors à l'inflammation le nom de *péritonite phlegmoneuse*.

Je pourrais encore signaler comme lésion de la péritonite, des plaques noires prétendues gangréneuses; mais de fausses membranes colorées en noir par le contact de certains liquides ou gaz, en ont imposé sur point.

2° *Lésions propres aux diverses espèces de péritonite.* Dans la *péritonite générale par extension de l'inflammation*, nous ne trouvons d'autre particularité qu'une abondance et une fermeté plus grandes des fausses membranes au niveau de l'organe primitivement enflammé. Dans les *péritonites partielles*, il y a cela de remarquable que presque toujours, dès le principe, l'exsudation est très épaisse et s'organise promptement en fausses membranes. De là résultent des adhésions intimes des organes aux parois, de telle sorte que lorsque la péritonite a disparu

(1) *Clinique médicale*, t. II.

depuis un certain temps, les fausses membranes devenant fermes et celluleuses, la cavité du péritoine est effacée dans ce point, à moins que des tiraillements continuels n'aient donné à ces fausses membranes la forme de ligaments allongés. Ce sont ces lésions anciennes, ces traces d'une ou de plusieurs péritonites partielles depuis longtemps dissipées, qu'on trouve principalement au niveau des organes atteints de graves lésions chroniques. On les rencontre surtout au niveau du foie, sur l'épiploon, sur les ovaires convertis en kyste.

Dans la *péritonite puerpérale*, on ne trouve autre chose de remarquable que l'intensité plus grande de l'inflammation dans le petit bassin (au moins chez le plus grand nombre des sujets), un aspect sanieux et une grande fétidité du liquide dans certains cas, et principalement, comme l'a constaté M. Bourdon (1), lorsqu'une perforation de l'utérus ou du vagin fait communiquer la cavité péritonéale avec l'extérieur. Parfois aussi on trouve une infiltration purulente (2) dans le tissu cellulaire péritonéal. Mais, comme l'ont démontré les auteurs récents, cette lésion est sous la dépendance de la même cause qui produit des collections purulentes dans plusieurs autres points, c'est-à-dire de la phlébite ou de la lymphangite utérine. Je reviendrai sur ce point important lorsque je traiterai de la fièvre puerpérale.

Enfin, dans la *péritonite par perforation ou par rupture*, on trouve les épanchements des divers liquides versés dans l'intestin (matières alimentaires, matières fécales, bile, sang, pus, etc.), et, de plus, les produits de l'inflammation sont surtout abondants aux environs des points perforés. Ils le sont souvent à tel point qu'il est extrêmement difficile de distinguer les diverses parties qu'ils enveloppent, et qu'on a la plus grande peine à découvrir l'ouverture qui a donné passage au liquide irritant. On doit alors procéder avec beaucoup d'attention à la dissection des parties, remplir l'abdomen d'eau, pratiquer l'insufflation de l'estomac et de l'intestin, et ne renoncer à ces recherches que lorsqu'on s'est bien convaincu de l'intégrité de tous les organes. C'est en agissant de cette manière que, dans les cas rapportés par M. Logerais, on est parvenu à découvrir des lésions qui auraient nécessairement échappé à un examen superficiel. Une plus ou moins grande quantité de gaz a, dans plusieurs de ces cas, passé dans le péritoine, et s'échappe en sifflant lorsqu'on fait une ponction à l'abdomen. Les choses ne diffèrent pas sensiblement, en pareil cas, de ce que nous avons constaté dans l'*hydro-pneumothorax* causé par la perforation du poumon.

Tantôt la perforation qui a donné lieu à la péritonite est unique, tantôt elle est multiple. M. Louis, dans des cas de fièvre typhoïde, a trouvé jusqu'à trois ou quatre perforations dans la partie inférieure de l'iléon; on en a vu également plusieurs exister dans l'estomac. Les perforations qui sont un résultat de l'ulcération sont arrondies, et la déperdition de substance est plus considérable à l'intérieur de l'organe creux qu'à la surface péritonéale. La forme de la rupture est très variable; elle diffère, en effet, nécessairement suivant l'organe et suivant la lésion. Nous avons déjà fait connaître les ruptures de l'estomac, des voies biliaires, de la rate, nous décrirons plus tard celles des autres organes, et en particulier celles de l'utérus.

(1) *Not. sur la fièv. puerp.*, etc. (*Revue méd.*, 1841).
(2) Voy. TONNELLÉ, *loc. cit.*; VOILLEMIER, *Journ. des conn. méd.-chir.*, déc. 1839, et janv.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Si des idées erronées n'avaient pas cours dans la science relativement à la péritonite, et si l'on était mieux convaincu de l'excessive rareté de la péritonite spontanée, on pourrait dire que le diagnostic de cette affection ne présente pas de difficulté réelle. Mais on a vu, par la discussion dans laquelle j'ai été forcé d'entrer, qu'il n'en est point ainsi. Il est, par conséquent, nécessaire de présenter quelques détails sur ce diagnostic, afin qu'on cesse de confondre sous un même nom des maladies tout à fait dissemblables.

Mettons d'abord de côté ces *péritonites partielles*, qui sont sous la dépendance d'affections viscérales aiguës ou chroniques, et n'ont d'autre effet que de rendre l'affection momentanément fort douloureuse. Il suffit, en effet, de dire à ce sujet que, dans les cas de maladies abdominales, si l'on voit la partie des parois correspondante à l'organe affecté devenir extrêmement sensible à une légère pression, si le malade éprouve dans cette partie une douleur vive augmentant beaucoup par le moindre mouvement, et si le siége de ce symptôme reste pendant plus de vingt-quatre heures circonscrit dans le point qu'il a d'abord occupé, on doit admettre l'existence d'une péritonite partielle. Les douleurs locales, et principalement celles des parois de l'abdomen, ont déjà été distinguées de cette douleur inflammatoire dans toute la région épigastrique. Je ferai connaître plus tard les divers diagnostics auxquels ces douleurs peuvent donner lieu dans les autres régions de l'abdomen. Ce sont là des particularités qui ne doivent pas trouver place ici.

Quant aux *péritonites générales*, voyons s'il est des maladies qui puissent être confondues avec elles. Je commencerai par la péritonite puerpérale et la péritonite par perforation, parce que ces deux espèces ont des caractères si tranchés, qu'il est facile de les distinguer de toute autre affection.

Si l'on se rappelle ce qui a été dit plus haut de la marche de la *péritonite puerpérale*, on verra qu'on ne peut, à la rigueur, confondre cette affection avec aucune autre, après les premières heures. J'ai dit, en effet, qu'elle a, au bout de très peu de temps, pour caractères : une douleur générale du ventre très vive à la pression et un gonflement marqué de cette cavité avec sonorité dans la plupart des points. Or une métrite, une ovarite, une néphrite, une hépatite, ont des douleurs bornées au niveau de l'organe enflammé, et, quelle que puisse être d'ailleurs la ressemblance des autres symptômes, ce fait seul suffit pour faire éviter l'erreur. Remarquons d'ailleurs que la métrite seule se produit dans les mêmes circonstances, et qu'il faudrait une coïncidence bien extraordinaire pour que les autres affections abdominales viassent se montrer au moment même où peut survenir la péritonite puerpérale. Cela n'a lieu que dans les cas d'infection purulente ; mais alors la péritonite, les abcès du foie, etc., ne sont plus que des parties constituantes de l'affection générale.

Mais au début de cette affection, le diagnostic a une importance réelle. C'est ainsi qu'on voit parfois, peu de temps après l'accouchement, la femme éprouver des frissons, puis des douleurs hypogastriques désignées sous le nom de *coliques*, et l'on peut craindre alors l'apparition d'une péritonite. Pour éviter l'erreur, il faut se rappeler que le frisson de cette dernière affection est, en général, violent ou remarquable par sa durée, qu'il s'accompagne d'une prostration souvent marquée, et que

la douleur vive, plus persistante que les coliques, beaucoup exaspérée par la pression, s'étend rapidement, de telle sorte que, peu après son apparition, elle a déjà franchi les limites de son siége primitif, et commence à s'irradier dans l'abdomen.

Le diagnostic est plus difficile encore quand il s'agit de distinguer une *métrite intense* du début de la péritonite puerpérale; mais c'est un point que je crois devoir renvoyer à la description de la métrite.

La péritonite *par perforation ou par rupture* a, il faut le répéter ici, pour principaux caractères, de débuter *tout à coup* par une douleur excessive, qui s'étend rapidement et est exaspérée notablement par la pression. On ne voit pas d'affection qui puisse être réellement confondue avec elle, quand on a ces signes bien présents à l'esprit. La colique *hépatique*, la colique *néphrétique*, et peut-être aussi certaines *douleurs nerveuses*, ont aussi pour principal symptôme une douleur très vive survenue très promptement; mais cette douleur reste circonscrite ou n'a que des irradiations variables, et, de plus, elle n'est pas exaspérée par la pression, ou si elle l'est, l'intensité de l'exaspération n'est nullement comparable à celle qu'on produit dans la péritonite. J'ajoute que, dans les divers accidents que je viens d'indiquer, on n'observe pas, du moins ordinairement, l'état du pouls signalé plus haut.

Il n'y a donc, comme on le voit, que la *péritonite simple, spontanée*, dont le diagnostic ne soit pas établi complétement. Mais déjà, je le répète, la grande rareté de cette affection est un motif pour n'en pas admettre légèrement l'existence. Quant aux affections avec lesquelles on pourrait la confondre *lorsqu'elle est générale*, je ne vois guère que le *rhumatisme* et la *névralgie* des parois de l'abdomen qui puissent être dans ce cas.

Le *rhumatisme* est plus remarquable par la douleur que déterminent les mouvements du tronc que par la douleur spontanée et la douleur à la pression, et ce caractère est déjà suffisant. En outre, dans le rhumatisme, la fièvre ne s'allume pas ordinairement. Cependant ce signe diagnostique n'a qu'une valeur limitée, car j'ai vu des cas, et il n'est pas de médecin qui n'en ait observé de semblables, où des douleurs vives des muscles du ventre ont coïncidé avec la fièvre et même avec des troubles gastriques, et qui, si l'on n'avait apporté un très grand soin dans l'exploration, auraient pu être pris pour des péritonites. M. Genest (1) a appelé particulièrement l'attention des médecins sur les cas de ce genre. Un excellent moyen pour reconnaître à quelle maladie on a réellement affaire, est : 1° de faire asseoir et recoucher ensuite le malade avec toutes les précautions nécessaires. Dans la péritonite, ces mouvements occasionnent des douleurs dans tout le ventre; dans le rhumatisme, la douleur est bornée aux muscles affectés et parfois à un seul côté, ce qui est très important à constater; 2° et c'est là le signe par excellence, la pression dans le rhumatisme intense (le seul qui puisse être pris pour une péritonite) détermine d'abord une douleur assez vive, mais si l'on continue de presser, cette douleur n'augmente pas; il n'en est pas de même dans la péritonite, où les douleurs deviennent de plus en plus violentes à mesure qu'on augmente la pression. Je n'ai pas besoin de dire que cette exploration doit être faite avec les plus grands ménagements; il ne faut qu'une pression légère faite méthodiquement, pour reconnaître les nuances que je viens d'indiquer.

(1) *Gaz. méd.*, 1833.

La même remarque s'applique au diagnostic de la *névralgie lombo-abdominale*, qui est encore plus facile à distinguer de la péritonite, quoiqu'il ne soit pas douteux que, faute de bien connaître la première de ces deux maladies, on les ait assez souvent confondues. La névralgie lombo-abdominale peut, comme nous le verrons plus tard, occasionner des douleurs de ventre très vives, occuper une grande étendue et s'accompagner parfois d'un peu de météorisme, car on sait qu'un certain degré de tympanite n'est pas rare chez les personnes nerveuses. J'ai vu plusieurs cas de ce genre. Voici comment on établit le diagnostic. Dans la névralgie, à la douleur abdominale correspond une douleur plus ou moins vive aux côtés de la colonne vertébrale et dans le point d'où partent les nerfs dont on trouve les extrémités douloureuses sur la paroi antérieure du ventre. Il y a, en outre, un point douloureux d'une étendue variable vers la partie moyenne de la crête iliaque et au-dessus; et, quoique les intervalles qui séparent ces différents points puissent, surtout dans certains moments, participer à la douleur, il est toujours facile de distinguer ces foyers où les élancements viennent retentir, et qui sont beaucoup plus sensibles à la pression que les autres parties du trajet des nerfs. De plus, une pression prolongée, loin d'augmenter la douleur, soulage quelquefois, lorsqu'elle est faite largement avec la paume de la main. Nous avons vu que, dans la péritonite, on peut à peine insister sur la pression, qui, même lorsqu'elle est exercée légèrement et largement, est intolérable.

Je me suis étendu sur ce diagnostic, parce que les signes de la péritonite ne m'ont généralement pas paru convenablement appréciés. Si l'on a égard aux signes distinctifs que je viens d'indiquer, et si l'on tient compte des considérations dans lesquelles je suis entré dans le cours de cet article, on citera, sans aucun doute, beaucoup moins souvent des cas de guérison de péritonite, et l'on mettra une plus grande réserve à admettre l'existence de la péritonite simple spontanée.

Restent maintenant les cas de *péritonite partielle développée spontanément et sans lésion d'aucun organe correspondant*. Les doutes que j'ai émis sur la péritonite simple générale se représentent ici dans toute leur force. Cependant on trouve quelques cas où une douleur vive, exaspérée par la pression, occupant un point fixe du ventre, s'accompagne d'un certain degré de météorisme, de selles liquides, et d'un mouvement fébrile en rapport avec ces symptômes. Il est difficile de rapporter cet ensemble de phénomènes à autre chose qu'à une péritonite circonscrite; et pourtant l'examen le plus attentif ne fait reconnaître aucune lésion organique qui explique le développement de l'inflammation de la membrane séreuse. Ces faits ont besoin d'être soumis à un examen plus attentif qu'on ne l'a fait jusqu'à présent. Tout ce qu'il est permis de dire, dans l'état actuel de la science, c'est que si, avec les symptômes qui viennent d'être indiqués, on ne trouve, du côté des organes, ni gonflement, ni déformation, ni trouble des fonctions, on peut regarder la maladie comme une péritonite.

Ainsi, dans la *métrite*, la palpation et la percussion font reconnaître, au milieu de l'hypogastre, une tumeur arrondie qui ne s'étend pas jusqu'aux flancs, et qu'on limite par la palpation et la percussion; en outre, le toucher fait distinguer le gonflement du col, la pesanteur de l'organe, sa sensibilité; et enfin on note des troubles fonctionnels, tels qu'un écoulement blanc, des pertes; le dérangement de

la menstruation ou la suppression des règles viennent compléter les signes diagnostiques qui séparent cette maladie d'une péritonite.

Dans la *splénite*, on a pour se guider la tuméfaction de l'organe; dans l'*hépatite*, le même signe, et, de plus, le peu d'intensité de la douleur et l'apparition de l'ictère.

Une affection qui, dans quelques cas, peut donner lieu à l'erreur, mais qui est fort rare, est la formation d'un *abcès considérable entre le péritoine et les muscles de l'abdomen*. M. Bricheteau (1) a cité un cas de ce genre. Outre la douleur et les phénomènes généraux de la péritonite, on sentait une fluctuation manifeste dans le point occupé par l'abcès. Cette circonstance, néanmoins, peut servir à faire reconnaître l'existence d'une collection de liquide qui n'est pas due à l'inflammation du péritoine. Nous avons vu, en effet, plus haut que dans la péritonite le ventre était plutôt distendu par des gaz, et le liquide peu abondant occupait les parties déclives. Une matité circonscrite dans un seul point du ventre, et la fluctuation à son niveau, sont donc des signes qui doivent plutôt écarter l'idée d'une inflammation que faire tomber dans l'erreur. Il faut reconnaître toutefois que les cas de ce genre ne laissent pas d'offrir d'assez grandes difficultés. Les mêmes signes serviront à faire distinguer la péritonite de l'*hydropisie enkystée du péritoine*, c'est-à-dire de ces amas de liquide séreux qui se trouvent environnés, dans l'intérieur de l'abdomen, d'un sac plus ou moins épais qui les sépare complétement de la cavité péritonéale.

Quant aux diverses autres affections de l'abdomen, elles diffèrent trop de la péritonite pour que, à l'exemple de quelques auteurs, j'en présente le diagnostic différentiel.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes positifs des péritonites partielles par extension de l'inflammation.*

Dans le cours d'une affection médiocrement douloureuse, et dont la douleur se fait sentir profondément, celle-ci devient *superficielle et très aiguë*.

La pression *exaspère* cette douleur *à un degré qui n'avait pas été atteint jusqu'alors*.

Les mouvements *deviennent beaucoup plus pénibles*, ils occasionnent des *tiraillements très douloureux*. On constate, au niveau du point douloureux, un *météorisme local* assez marqué.

Les symptômes généraux, et en particulier le *mouvement fébrile*, acquièrent momentanément *un plus haut degré de violence*.

2° *Signes distinctifs de la péritonite et de la métrite puerpérales.*

PÉRITONITE.	MÉTRITE.
Précédée d'un *frisson violent, prolongé*, souvent durant plusieurs heures.	Frisson beaucoup *moins violent* et de beaucoup *moins longue durée*; non continu.
La douleur, qui a son point de départ dans le bassin, *s'étend rapidement* vers le reste du ventre.	La douleur reste *fixe* dans l'hypogastre, ou si elle s'irradie, ce n'est que par moments.
L'abdomen devient partout *très sensible à la pression*.	L'abdomen *n'est point douloureux à la pression ailleurs qu'au niveau de l'utérus*, ou ne l'est que dans une faible étendue au delà
Le *météorisme* se manifeste *promptement*.	Météorisme *moins prompt* et *moins marqué*.

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1839.

3° *Signes distinctifs de la péritonite puerpérale et des coliques dues aux contractions utérines après l'accouchement.*

PÉRITONITE.	COLIQUES UTÉRINES.
Frisson *violent, prolongé, continu.*	*Point de frissons*, ou seulement frissons *vagues et légers.*
Douleurs *s'étendant promptement* dans tout le ventre.	Douleurs *revenant par intervalles*, et *correspondant aux contractions utérines ;* appréciables par la palpation.
La *pression* produit des *souffrances intolérables.*	*Pression à peine douloureuse* à l'hypogastre, *non douloureuse ailleurs.*
Mouvement fébrile toujours *très prononcé.*	Mouvement fébrile *nul.*

4° *Signes distinctifs de la péritonite par rupture ou par perforation, et des coliques hépatique et néphrétique.*

PÉRITONITE PAR PERFORATION.	COLIQUES HÉPATIQUE ET NÉPHRÉTIQUE.
La douleur violente, survenue tout à coup, *s'étend avec la plus grande rapidité* à tout l'abdomen.	La douleur violente, survenue brusquement, *reste fixée* dans les canaux biliaires ou dans les uretères, ou bien on note seulement des irradiations en divers sens.
Elle est *exaspérée par la pression*, au point de devenir intolérable.	La *pression est peu douloureuse* au niveau de l'affection ; *elle ne l'est point à une certaine distance.*
Pouls petit, misérable ; refroidissement des extrémités, altération de la face, etc.	Le pouls reste souvent normal ou *se ralentit.* Il y a *ictère*, vomissements bilieux dans *la colique hépatique ; rétraction des testicules*, etc., dans la *colique néphrétique.*

Je ne crois pas devoir m'étendre davantage sur le diagnostic différentiel de la péritonite par perforation ; car, ainsi que nous l'avons dit plus haut, dans la plus grande partie des cas, rien n'est plus tranché que sa symptomatologie.

5° *Signes distinctifs de la péritonite simple et du rhumatisme des parois abdominales.*

PÉRITONITE SIMPLE SPONTANÉE.	RHUMATISME DES PAROIS DE L'ABDOMEN.
Douleur du ventre *exaspérée* par la pression *à un très haut degré*, et *augmentant* à mesure que la pression devient plus profonde.	Douleurs *moins exaspérées* par la pression, n'*augmentant pas* très sensiblement lorsque celle-ci devient plus profonde.
Douleur générale de l'abdomen dans les mouvements du tronc.	Dans les mouvements du tronc, douleur vive, *bornée aux muscles affectés*, et parfois *à un seul côté.*
Mouvement fébrile *intense ;* vomissements bilieux, météorisme, etc.	Mouvement fébrile *nul* ou léger ; troubles digestifs *peu notables. Peu ou point* de météorisme.

6° *Signes distinctifs de la péritonite simple spontanée et de la névralgie lombo-abdominale.*

PÉRITONITE.	NÉVRALGIE LOMBO-ABDOMINALE.
Douleur *uniformément* répandue dans tout l'abdomen.	*Points douloureux* vers la colonne vertébrale et le milieu des os des iles.
Élancements nuls ou suivant des directions variables.	*Élancements suivant le trajet des nerfs lombaires.*

La pression large *exaspère toujours* la douleur, et d'autant plus qu'on l'exerce profondément.	La pression, lorsqu'elle est exercée largement, *peut soulager*; du moins elle n'exaspère pas notablement la douleur à mesure qu'elle devient plus profonde.
Mouvement fébrile *plus ou moins violent*.	Mouvement fébrile *nul*, à moins de complication.

Les points douloureux vertébraux avaient été signalés par M. Genest dans des cas semblables à ceux que j'indique ici; ils ne doivent jamais être négligés dans l'exploration.

Je ne crois pas devoir ajouter à ce tableau diagnostique le résumé de ce que j'ai dit plus haut à propos de la péritonite partielle spontanée. Ce que nous savons à ce sujet n'est pas assez précis pour que les indications que j'ai données ne soient pas suffisantes.

Péritonite latente. Jusqu'à présent je n'ai pas signalé ces cas de péritonite dans lesquels les principaux symptômes sont si peu apparents, qu'on peut très bien en méconnaître l'existence, et cependant c'est ce qu'on voit arriver quelquefois, même dans les cas de péritonite par perforation. Alors le malade ne se plaint point de la douleur violente, subite, qui caractérise le début de l'affection; on en trouve la raison évidente dans son état général, qui l'empêche d'éprouver, ou du moins de manifester, ces violentes souffrances. La péritonite latente, en effet, a été notée dans des cas où un délire souvent très intense existait depuis un temps assez long, et c'est ce qu'on observe particulièrement dans la fièvre typhoïde, dont le délire est un symptôme. M. Louis a rapporté trois cas où les choses se sont passées de cette manière. Si cependant on suit attentivement la maladie, si l'on examine le sujet avec un grand soin, on peut arriver à reconnaître l'accident dont il s'agit; car, bien que le malade ne manifeste pas les souffrances extrêmes mentionnées plus haut, on voit que sa face s'est promptement altérée, que le ventre s'est tuméfié, que, lorsqu'on y exerce la pression, le malade cherche à repousser la main de l'explorateur; que le pouls est devenu promptement petit, misérable, filiforme; que les extrémités se sont refroidies, que l'état général présente, en un mot, cet aspect propre à la péritonite suraiguë, et que j'ai précédemment décrit.

Si la péritonite se développait spontanément sans perforation, sans rupture, sans lésion organique, dans les circonstances que je viens de signaler, il serait très difficile d'éviter l'erreur. On a vu, par exemple, dans certains cas, une inflammation de l'arachnoïde, de la plèvre et du péritoine, apparaître en même temps ou à de courts intervalles. Or le délire qui résulte de l'inflammation de l'arachnoïde masque alors à un tel point les symptômes des autres affections, que l'attention du médecin n'est pas attirée sur elles, et qu'elles peuvent passer complétement inaperçues; une exploration minutieuse de tous les organes peut seule faire reconnaître ces inflammations multiples.

Pronostic. Le pronostic est très différent suivant l'espèce de péritonite. C'est ainsi que la *péritonite partielle*, qu'elle se soit produite au niveau d'une lésion organique, ou qu'elle soit spontanée, ce qui est infiniment plus rare, n'a pas de dangers réels. Après elle, celle qui offre nécessairement le plus de chances de guérison, est la *péritonite générale simple spontanée;* mais nous avons vu avec quelle réserve on doit admetttre son existence. On sait combien est grave la *péritonite puerpérale* . Il est bien rare qu'elle se termine autrement que par la mort, surtout

dans les temps d'épidémie. La *péritonite par perforation ou par rupture* offre également une gravité extrême; cependant MM. Graves et Stokes ont cité des cas de guérison sur lesquels je vais revenir à propos du traitement, et j'ai indiqué plus haut celui qui a été observé par M. le docteur de Castelnau. Les circonstances les plus favorables pour cette terminaison heureuse sont la très grande étroitesse de la perforation, de telle sorte qu'il n'y ait eu d'abord qu'une très petite quantité de liquide épanché, et la formation rapide d'adhérences qui empêchent les matières contenues dans la cavité perforée de porter l'inflammation dans une grande étendue.

§ VII. — Traitement.

Si l'on se rappelle ce que nous avons dit des doutes qui s'élèvent sur l'existence même de la péritonite simple, on sera fort étonné d'apprendre que le traitement de l'inflammation du péritoine a été établi par les auteurs précisément sur les cas de ce genre. « Broussais, disent les auteurs du *Compendium*, a bien exposé les principales indications curatives qui se réduisent : 1° à empêcher toute irritation immédiate; 2° à diminuer l'irritation dans le lieu souffrant; 3° à établir dans l'appareil circulatoire et répartiteur des fluides, une juste mesure d'action, et à la maintenir un temps suffisant pour permettre la guérison. » Et ils ajoutent : « Depuis Broussais, on n'a rien écrit qui ait fait oublier la judicieuse thérapeutique dont il a si nettement tracé les règles. » Je ne veux pas prétendre que la thérapeutique de Broussais n'est pas judicieuse; mais je fais remarquer qu'il est impossible que cet auteur, pas plus que ceux qui sont venus après lui, ait pu constater par expérience l'efficacité de ce traitement, et que, quelque raison théorique qu'il ait pu avoir de le regarder comme le meilleur, ce n'est pas un motif pour l'accepter comme le plus utile. Mais si l'expérience ne nous apprend que peu de choses sur le traitement de cette péritonite, ce n'est pas une raison pour nous dispenser de le présenter, et, en cet état de choses, je crois devoir exposer celui qui est généralement suivi.

Émissions sanguines. Il n'est peut-être pas de maladie dans laquelle on ait fait un plus grand usage des émissions sanguines que la péritonite. La *saignée générale* répétée plusieurs fois, à moins que le pouls ne soit tout à fait déprimé, des *sangsues en très grand nombre* (jusqu'à soixante, quatre-vingts, et cent, à plusieurs reprises) sur toute l'étendue de l'abdomen, tels sont les moyens que l'on emploie lorsqu'on s'est assuré qu'il existe une péritonite. Le docteur Armstrong (1) veut que l'on pratique la *saignée jusqu'à la syncope.* Rien dans les faits ne nous prouve qu'on réussisse mieux de cette manière que par la saignée ordinaire. L'application des *ventouses scarifiées* est ordinairement trop douloureuse pour qu'on puisse y avoir recours.

La plupart des auteurs préfèrent les émissions sanguines locales à la saignée générale; mais on ne s'est appuyé sur aucun fait concluant pour établir ce point de thérapeutique.

On a en même temps recours aux *applications émollientes*, telles que les larges cataplasmes, s'ils peuvent être supportés, ou bien des fomentations avec des décoctions émollientes rendues ordinairement *narcotiques* à l'aide du *laudanum.* On prescrit en même temps de *grands bains*, dans lesquels on laisse les malades

(1) *Transact. of the Assoc., etc., of Engl. and Wales*, 1823.

pendant longtemps (deux heures et plus) ; mais un des inconvénients de ce moyen est d'occasionner des mouvements très douloureux pour placer le malade dans la baignoire.

Narcotiques ; antivomitifs. Nous avons vu qu'un des principaux symptômes de la péritonite consiste dans des vomissements douloureux et parfois incessants.

Il est important de calmer ce symptôme qui, en provoquant des mouvements convulsifs de l'abdomen, tend à rendre la maladie plus grave encore. Les moyens qu'on emploie pour y parvenir sont de deux sortes. Les uns administrent l'*opium*, soit en l'ingérant dans l'estomac, soit à l'aide de lavements ; et d'autres veulent que l'on n'emploie que les *boissons gazeuses*, comme l'*eau de Seltz* et la *potion de Rivière*. Mais je ne crois pas qu'on ait élevé aucune objection solide contre l'usage de l'opium, et si l'on considère la violence extrême des douleurs, ainsi que l'importance qu'il y a à maintenir les organes dans un état d'engourdissement considérable, on n'hésitera pas, non seulement à prescrire l'opium, mais encore à le prescrire à des *doses élevées*, comme nous verrons plus loin qu'on l'a fait avec succès dans les cas de péritonite par perforation. Ainsi, on administrera graduellement et avec précaution de 5 *à* 20 *et à* 25 *centigrammes d'extrait d'opium* dans les vingt-quatre heures, et l'on donnera en même temps un ou deux quarts de lavements par jour avec addition de *douze à quinze gouttes de laudanum*, ce qui n'empêchera pas de prescrire les boissons gazeuses. Quelques médecins ont prétendu que l'opium est contre-indiqué au début de la maladie, mais on ne trouve dans les faits rien qui puisse motiver une semblable opinion.

M. le docteur Riche, d'Obernay (1), a cité un cas dans lequel il s'est manifesté des symptômes qui paraissaient indiquer une péritonite par perforation, et où l'opium et la jusquiame furent donnés à la dose de 25 centigrammes chaque, quoiqu'il s'agît d'un enfant de quatorze ans. La guérison fut obtenu en une dizaine de jours. Dans ce cas, la tolérance pour une aussi haute dose de narcotique est remarquable ; mais le diagnostic est resté incertain.

Révulsifs. Après les moyens précédents, il faut mentionner les *révulsifs*. La plupart des auteurs les recommandent, et, suivant Broussais, on doit les manier avec énergie. En première ligne se placent les *vésicatoires*, appliqués sur une plus ou moins grande étendue de l'abdomen. Nous avons à présenter ici, et avec plus de force encore, les réflexions faites à l'occasion du traitement de la *pleurésie* et de la *pneumonie* (2) par les vésicatoires. Aucun auteur n'a pensé à étudier les effets de ces agents thérapeutiques dans des cas bien déterminés ; à tenir compte de la cause de la maladie, de l'intensité du mouvement fébrile ; en un mot, on a négligé les principaux éléments d'une bonne thérapeutique, ce qui n'a pas empêché quelques médecins de prodiguer les vésicatoires, et beaucoup d'autres d'y avoir recours, par cela seul qu'ils ont été vantés.

Il faut renoncer à traiter cette question importante par l'analyse des faits, parce que ce n'est pas sur des observations, mais bien sur des idées théoriques qu'on s'est fondé pour préconiser l'emploi des vésicatoires. Je ne peux, après avoir fait un appel à l'observation rigoureuse, qu'entrer dans une discussion dont la base est

(1) *Revue médicale*, extrait dans le *Journ. des conn. méd.-chir.*, juin 1844.
(2) *Voy.* la description de ces maladies, t. I[er].

la connaissance que nous avons acquise des divers états morbides sous la dépendance desquels se produit la péritonite.

Dans les faits probables de *péritonite simple spontanée générale* qui ont été publiés, je ne vois pas qu'on ait mis en usage le vésicatoire. Cependant c'est dans les cas de ce genre que ce moyen aurait le plus de chances de succès, s'il est réellement utile. Mais nous avons vu que, dans les cas que nous connaissons, le mouvement fébrile était violent, et c'est là un motif puissant de douter que le vésicatoire non seulement soit utile, mais encore ne soit pas nuisible. Ou bien, en effet, on n'applique qu'un vésicatoire de petite étendue, ou bien on couvre une grande partie de l'abdomen d'un emplâtre épispastique. Dans le premier cas, on ne peut espérer un grand effet d'un moyen si faible, et dans le second on ajoute de nouvelles douleurs aux douleurs si vives de la péritonite, et, ce qui est encore plus grave, on augmente momentanément le mouvement fébrile, d'où peuvent résulter des lésions secondaires qui accélèrent la mort.

Quelques médecins veulent qu'on emploie les grands vésicatoires, seulement lorsque la fièvre est tombée et lorsque l'intensité des douleurs a notablement diminué; mais cette application, qui, dans tous les cas, ne pourrait avoir d'autre avantage que d'accélérer la résorption du liquide et de hâter la guérison, est-elle bien nécessaire? Dans les cas de péritonite bien caractérisée, le liquide est peu abondant; dès que les symptômes fébriles et la douleur sont tombés, il y a un travail d'adhésion qui commence et qui seul suffit pour débarrasser la cavité péritonéale: pourquoi employer un moyen aussi violent lorsque cette tendance est manifeste et qu'on n'est pas sûr de la favoriser? Tout porte à croire que dans les cas où, ayant employé le vésicatoire étendu, on a vu disparaître assez promptement une collection de liquide un peu considérable, on avait affaire à une *hydropisie ascite*, qui s'était produite avec quelques symptômes d'acuité, à une de ces hydropisies qu'on a appelées *actives*, comme j'aurai à en citer des exemples dans un des articles suivants.

Il ne nous resterait donc que les *péritonites partielles* auxquelles cette médication serait applicable; mais nous avons vu que cette espèce de péritonite a une tendance naturelle à la guérison, et par conséquent il faudrait, pour affirmer l'efficacité du moyen en pareil cas, pouvoir s'assurer qu'il hâte cette guérison naturelle. Or c'est ce que nous ne pouvons pas avec les observations que nous possédons. Cependant on trouve un assez grand nombre de cas dans lesquels le vésicatoire enlève la douleur, même inflammatoire, lorsqu'elle est limitée et ne détermine pas de symptômes généraux graves; sous ce rapport, on peut accorder quelque confiance à l'emploi de ce moyen.

En résumé, on voit que, jusqu'à ce que de nouvelles observations soient venues nous éclairer, on ne saurait admettre comme démontrée l'utilité des vésicatoires dans la péritonite aiguë générale, et que même on doit en redouter les effets. Les cas dans lesquels on prétend avoir obtenu une guérison rapide par ce moyen paraîtront plus que suspects à ceux qui connaissent l'extrême gravité de la péritonite et les erreurs nombreuses de diagnostic dans lesquelles tombent les médecins qui n'ont pas suffisamment présents à l'esprit les caractères du *rhumatisme abdominal fébrile* et de la *névralgie lombo-abdominale*. Les cas ne sont pas rares, au contraire, où, chez des sujets affectés d'une véritable péritonite, un large vésicatoire

appliqué sur le ventre a ajouté une intensité considérable aux symptômes généraux, et par suite donné une très grande gravité à l'affection. Nous ne saurions donc, en aucune manière, conseiller les vésicatoires : dans la péritonite générale ils sont dangereux ; dans la péritonite partielle ils sont le plus souvent inutiles.

Le *moxa*, conseillé par quelques auteurs, et entre autres par Broussais, qui cependant l'appliquait plus particulièrement dans les cas de péritonite chronique, doit encore bien moins être appliqué dans la péritonite aiguë générale ; car son action est nécessairement lente et ses effets ne sont pas en rapport avec la violence et la gravité de la maladie. Dans le traitement des péritonites aiguës partielles, il n'est nullement prouvé qu'il ait plus d'avantages que le vésicatoire.

Les *frictions irritantes* avec la *teinture de cantharides*, avec des préparations contenant une petite quantité d'*ammoniaque*, ou bien une dose considérable d'*émétique*, comme la *pommade d'Autenrieth*, ont l'inconvénient d'être d'une application douloureuse, qu'elles ne rachètent pas par une efficacité démontrée.

Onctions mercurielles. On a, dans ces dernières années surtout, fortement insisté sur l'utilité des *onctions mercurielles à haute dose;* mais je parlerai de cette médication en détail à propos du traitement de la péritonite puerpérale, auquel elle a été plus particulièrement appliquée.

Tels sont les moyens de quelque importance que l'on a dirigés contre la péritonite à laquelle on a cru reconnaître un caractère de simplicité. Nous verrons, quand il s'agira de la péritonite tuberculeuse, qui suit ordinairement une marche chronique, que parfois néanmoins elle se présente à certaines de ses périodes avec un caractère marqué d'acuité. Or il n'est pas rare alors de voir, au bout d'un certain temps, les symptômes aigus s'amender, les fausses membranes s'organiser, et cette espèce de péritonite aiguë se terminer par une sorte de guérison, ce que l'inspection anatomique permet de constater au bout d'un temps plus ou moins long. D'un autre côté, nous savons qu'il n'est pas nécessaire que les poumons contiennent un grand nombre de tubercules pour que la péritonite se présente avec tous ces caractères. N'est-il pas permis de croire que, dans des cas semblables, on a cru avoir obtenu, par les moyens indiqués plus haut, la guérison de péritonites aiguës simples spontanées, tandis qu'il ne s'agissait que de la terminaison par formation de fausses membranes, d'une lésion secondaire de la phthisie pulmonaire?

Quoi qu'il en soit, il résulte des considérations précédentes que les moyens thérapeutiques dans lesquels on doit avoir particulièrement, sinon exclusivement, confiance, sont les émissions sanguines et surtout les émissions sanguines locales, les adoucissants, les émollients, les délayants, en un mot le traitement particulièrement désigné sous le nom d'*antiphlogistique*.

Il est évident que, dans toutes les péritonites générales, la diète doit être absolue tout le temps que l'affection présente une acuité marquée. Pendant la convalescence, on recommande surtout la *diète lactée*, et l'on doit agir avec une grande prudence quand il s'agit d'augmenter graduellement l'alimentation.

2° *Traitement de la péritonite par extension de l'inflammation.* Nous avons vu plus haut que les péritonites de ce genre restaient ordinairement partielles. Lorsqu'il en est ainsi, on obtient facilement la guérison de l'inflammation de la membrane séreuse si l'on peut triompher de l'inflammation organique ; mais dans les cas où la péritonite devient générale, le danger est extrême, et l'on doit alors em-

ployer le traitement qui va être décrit à propos de la péritonite puerpérale, ce qui nous dispense d'entrer dans de plus grands détails à cet égard. J'ajoute seulement qu'aux moyens dirigés contre la péritonite elle-même on doit joindre ceux qui peuvent avoir quelque efficacité contre l'affection organique qui lui a donné naissance.

3° *Traitement de la péritonite puerpérale.* Cette maladie est si grave, les épidémies de fièvre puerpérale qui ont pour symptômes principaux ceux de la péritonite sont si fréquentes, qu'on a dirigé contre cette affection une multitude de médicaments tous plus ou moins énergiques.

Émissions sanguines. Les émissions sanguines ont eu de tout temps un très grand nombre de partisans ; mais aussi un certain nombre d'auteurs se sont toujours élevés contre leur usage ou au moins contre l'abus qu'on en a fait. Il est certain que les observations que nous possédons ne parlent guère en faveur de cette médication, du moins employée seule, et pour ne citer que celles qui ont été recueillies par M. Velpeau (1), nous voyons dans tous les faits rapportés par cet auteur que jamais les émissions sanguines les plus abondantes n'ont réussi toutes seules à enrayer la maladie. Cependant, vu la violence de l'inflammation et l'activité considérable de la circulation, il est bien peu de médecins qui osent se dispenser de tirer une certaine quantité de sang à leurs malades.

La *saignée générale* plus ou moins répétée est mise en usage au début de la maladie. M. Baudelocque (2) penche pour son emploi presque exclusif, parce que l'application des sangsues, forçant à découvrir les malades, les expose trop vivement à l'action de la température extérieure. Cette crainte, fondée simplement sur des idées théoriques, doit être regardée comme exagérée ; nous verrons plus loin que les diverses frictions et onctions qui forcent également à découvrir les malades n'ont point de semblables inconvénients. La plupart des auteurs, au contraire, préfèrent de beaucoup l'emploi des *sangsues* et recommandent qu'on les applique en grand nombre. C'est ainsi qu'on a été jusqu'à en appliquer quatre-vingts et cent à la fois, de manière à en couvrir le ventre. On se borne ordinairement à les prescrire au nombre de vingt, trente et quarante, et à en répéter l'application suivant la nécessité. Quelques médecins veulent qu'on ne place pas toutes ces sangsues à la fois, mais qu'on les applique successivement en petit nombre, de manière qu'il y en ait toujours cinq ou six qui tirent du sang. Rien ne prouve que cette manière d'agir, qui est pénible pour le malade, ait de plus grands avantages que la précédente.

Je dois répéter ici ce que je disais tout à l'heure, c'est-à-dire que les émissions sanguines n'ont pas une efficacité suffisamment démontrée pour qu'on doive insister trop fortement sur leur emploi. Tant que le pouls présente de la résistance, on peut continuer l'application des sangsues, surtout si, sous leur influence, les douleurs se sont un peu calmées et si le pouls a diminué de fréquence ; mais si celui-ci, sans rien perdre de sa fréquence, devenait petit et faible, on devrait s'arrêter, et recourir aux autres moyens qui vont être mentionnés. Suivant M. Baudelocque, les émissions sanguines doivent être bien plus modérées dans la péritonite puerpérale épidémique que dans cette affection à l'état sporadique, parce que, dans le premier cas,

(1) *Revue méd.*, janvier 1827, et *Arch. gén. de méd.*, t. XIX, avril 1829.

(2) *Traité de la péritonite puerpérale*; Paris, 1830.

l'affection a quelque chose de spécifique. M. Tonnellé (1) veut qu'on réserve la saignée générale à la forme de la maladie qu'il nomme *inflammatoire franche;* mais, même dans ce cas, il lui préfère l'usage des saignées locales au moyen des sangsues, qui, dit-il, peut être considéré, particulièrement dans la maladie qui nous occupe, comme une conquête de notre époque. Malheureusement cet auteur n'a point analysé ses observations assez rigoureusement pour qu'on puisse apprécier d'une manière précise la valeur de ces propositions. Notons seulement que dans la plupart des cas il a vu une amélioration plus ou moins notable suivre l'emploi des sangsues, mais que cette amélioration n'était ordinairement que momentanée, que presque toujours l'inflammation se reproduisait avec toute sa violence, de telle sorte qu'il fallait insister de nouveau sur les émissions sanguines, et que, dès que l'épanchement et la suppuration étaient formés, on se hâtait d'abandonner ce moyen.

Préparations mercurielles. Les préparations mercurielles ont été administrées à l'intérieur et à l'extérieur. *A l'intérieur*, c'est le *calomel* qui a été presque exclusivement prescrit. Ce médicament, vanté par Vandenzande (2), était uni par cet auteur à de petites quantités d'opium, de telle sorte que les bons effets que Vandenzande assurait en retirer peuvent aussi bien être rapportés à cette dernière substance qu'à la première. Saxtorph voulait qu'on l'associât au *musc;* les médecins comme Schmittmann (3), Sanders, Otto, etc., qui ont également préconisé ce médicament, ont recommandé qu'on le donne à doses fractionnées, c'est-à-dire à la dose de *cinq à six centigrammes de deux heures en deux heures*, ou à des intervalles plus courts, en diminuant la dose. Nous manquons d'observations qui puissent nous faire connaître le degré d'action de ce médicament ainsi administré. Les auteurs qui, il y a quelques années, ont principalement fait usage des mercuriaux, et en particulier M. Velpeau, ont presque toujours uni l'usage interne du calomel à l'emploi des frictions mercurielles, sur lesquelles je vais insister plus longuement.

Frictions mercurielles. C'est à M. Velpeau que nous devons les principaux efforts pour introduire dans le traitement de la péritonite puerpérale les frictions mercurielles, et cet auteur a réuni un nombre considérable d'observations en faveur de l'efficacité de ce traitement. Il est bien entendu, toutefois, que M. Velpeau ne borne pas le traitement de la péritonite aux seules frictions, pas plus que ne le faisaient quelques auteurs, comme Chaussier et Laënnec, qui les avaient mentionnées, mais sans insister sur leur emploi, sans appliquer ces frictions sur le ventre lui-même, en un mot sans leur accorder, à beaucoup près, l'importance que M. Velpeau leur a ensuite donnée.

C'est donc, à proprement parler, une médication nouvelle qu'a proposée ce dernier auteur; aussi ne saurais-je mieux faire que de lui emprunter le passage suivant de son mémoire. Le traitement qu'il adopte y est exposé en détail, et les frictions mercurielles y tiennent la plus grande place.

TRAITEMENT DE M. VELPEAU.

« Dès que les accidents surviennent, qu'il se manifeste de la douleur à l'hypo-

(1) *Arch. gén. de méd.*, t. XXIII, 1830.
(2) Voy. BRACHET, *De l'emploi de l'opium dans les phlegm.;* Paris, 1828.
(3) *Summ. observ.;* Berol., 1819.

gastre et de la fièvre, si la femme n'est pas trop affaiblie ou épuisée, la prudence veut qu'on pratique une saignée, ou qu'on applique quinze, vingt, trente, cinquante sangsues à la vulve ou sur le point douloureux. Quand la femme est robuste, pléthorique, et que les symptômes sont d'abord très graves, on doit tirer aussitôt une grande quantité de sang, soit par la phlébotomie, soit par les sangsues; mais si la péritonite est franchement déclarée, si les symptômes ne cèdent pas aux premières saignées, je conseille de recourir sans plus attendre au traitement mercuriel, de faire des frictions avec deux ou trois gros (8 ou 12 grammes) d'onguent napolitain double toutes les deux heures, et de donner en même temps, si l'état des voies digestives ne s'y oppose pas, deux grains (0,10 grammes) de calomel, aux mêmes distances. Les douleurs sont-elles vives, reviennent-elles par coliques, on tâche de les adoucir à l'aide d'une potion légèrement calmante, composée, par exemple, de :

℞ Eau de tilleul et de laitue.	60 gram.	Sirop de pavot blanc ou d'œillet.	30 gram.
Eau de fleur d'oranger....	qq. goutt.		

Mêlez. A prendre dans les vingt-quatre heures par cuillerées.

» Pour tisane, on choisit parmi les boissons délayantes celles qui plaisent le mieux à la malade.

» Les frictions sont faites sur toute l'étendue de l'abdomen, avec lenteur et précaution, par une personne entendue et sur le zèle de laquelle on puisse compter. La main doit être garnie d'un gant. Après chaque friction, on applique sur le ventre un large morceau de flanelle, dans le but de préserver les vêtements de la femme ou les pièces du lit. Quelque vive que soit la douleur, elle ne l'est jamais assez pour empêcher d'opérer les frictions sur l'abdomen. Je ne me permets de les porter sur les cuisses que dans les cas peu inquiétants ou lorsque les accidents principaux ont disparu, et seulement quand la peau du ventre se couvre de boutons ou tend à s'enflammer; et encore je les réapplique sur cette partie dès qu'elle est un peu moins irritée. Lorsque les téguments sont recouverts d'une couche de pommade trop épaisse, il convient de les nettoyer avec une eau de savon légère ou un peu d'huile.

» Cette précaution me paraît essentielle pour favoriser l'action du mercure; un bain tiède d'une demi-heure, d'une heure même, si la femme s'y trouve bien, agit encore dans le même sens et manque rarement d'amener un soulagement général.

» Le calomel est donné dans une demi-cuillerée de tisane, un peu de panade, ou tout simplement déposé sur la langue; il produit souvent des selles assez copieuses au bout de douze ou vingt-quatre heures. Ces évacuations sont habituellement d'un bon augure et n'empêchent pas de continuer les frictions; mais, à moins que l'intensité des accidents ne se maintienne, il y aurait quelquefois de l'inconvénient à ne pas cesser alors l'emploi du protochlorure. Si quelque point devient alors plus douloureux que les autres, les frictions ne s'opposent nullement à ce qu'on se serve des sangsues comme d'un remède intercurrent. Il en est de même de la saignée, en cas que des signes de pléthore se manifestent après coup.

» Quand le calomel n'a point été prescrit, si les intestins paraissent embarrassés,

sont le siége de borborygmes ; si la langue entière est très sale, sans être rouge ni à sa pointe ni sur les bords, l'*huile de ricin* ou l'*eau de Sedlitz* factice, à dose purgative, sont très bien indiquées et hâtent en général la terminaison favorable. Il importe du reste, et, selon moi, il importe beaucoup, que, pendant le cours de ce traitement, la malade soit soustraite aux courants d'air et que la température de son appartement ne soit pas au-dessous de douze à quinze degrés Réaumur. Lorsque toutes ces conditions sont exactement remplies, le mieux ne tarde pas à se prononcer; l'abdomen perd peu à peu de sa sensibilité, de son volume, de sa tension ; les nausées, les vomissements, disparaissent par degrés, et quelquefois dans les vingt-quatre heures les malades semblent véritablement revenir de la mort à la vie. Dès lors on peut éloigner les frictions et les réduire à un gros (4 grammes); si la salivation se manifeste, il n'y a d'ordinaire plus rien à craindre, et l'on peut cesser tout à fait l'emploi des mercuriaux. »

Suivant M. Velpeau, et contrairement à l'opinion de Laënnec, l'apparition de la salivation n'est pas indispensable au succès du traitement; cependant elle est d'un excellent augure. Quelques femmes, ajoute-t-il, supportent des doses vraiment effrayantes d'onguent mercuriel ; plusieurs en ont usé cent quatre-vingts, deux cent quarante, trois cents grammes dans l'espace de quelques jours. D'autres au contraire salivent très rapidement, beaucoup à la troisième, quatrième, cinquième friction, par exemple. Le même auteur regarde le traitement qui vient d'être indiqué comme propre à combattre également la péritonite compliquée de métrite ou de phlébite utérine, ou la péritonite simple, et l'on peut citer à l'appui de cette opinion une observation de Dance, dans laquelle une péritonite intense, survenue chez un homme, a guéri parfaitement à la suite des frictions mercurielles.

M. Tonnellé, sans accorder aux frictions mercurielles et à l'usage du calomel à l'intérieur un aussi grand degré d'efficacité, en conseille l'usage, car il a vu souvent les frictions mercurielles réussir. Cependant il pense que si, dans les exemples rapportés par les auteurs qui l'ont précédé, il se fût agi de péritonites épidémiques et non de péritonites sporadiques, les succès eussent été moins fréquents. Mais ce n'est pas là une objection à ce traitement, car nous savons combien le génie épidémique ajoute de gravité à toutes les maladies, et il n'est pas étonnant qu'en pareille circonstance une médication, quelque excellente qu'elle soit, reste sans succès contre la violence extrême du mal. Je pourrais encore citer bon nombre d'auteurs et en particulier Dance, Guersant, M. Bonnafous (1), qui ont rapporté des faits en faveur de cette méthode de traitement, mais j'en ai assez dit pour montrer qu'elle ne doit être négligée dans aucun cas.

Vomitifs. Les vomitifs ont été conseillés, et leur emploi remonte à une époque assez éloignée. Willis, A. Petit, et surtout Doucet, médecin de l'Hôtel-Dieu, ont insisté sur leur usage. On sait qu'à l'époque où vivaient ces médecins on regardait l'emploi des vomitifs comme indiqué, lorsque, dans une maladie, les nausées et les vomissements semblaient annoncer une tendance de l'organisme à se débarrasser, par cette excrétion, d'une substance nuisible. Si nous voulons interroger uniquement l'expérience sur ce point, nous ne pouvons mieux faire que

(1) *Bull. de thérap.*, 1833.

de consulter les observations de M. le docteur Tonnellé. Ce médecin, qui a vu administrer principalement l'*ipécacuanha*, cite onze faits en faveur de cette médication. Mais malheureusement la plupart d'entre eux sont rapportés d'une manière trop abrégée, en sorte que certains symptômes caractéristiques, comme l'extension de la douleur à tout l'abdomen, la douleur vive à la pression, sont fréquemment oubliés; que parfois on ne mentionne pas les vomissements; en un mot, que le diagnostic n'est pas toujours établi d'une manière positive. Cependant, parmi ces faits, il en est quelques uns, et en particulier le cinquième et le septième, qui ne laissent pas de doute sous ce rapport, et dans lesquels la médication vomitive a été suivie promptement d'un soulagement marqué et d'une guérison rapide. Il est difficile de dire si l'on peut à quelques signes particuliers reconnaître les cas où cette médication peut avoir de l'avantage. J'ai cité les faits précédents pour engager les personnes convenablement placées à renouveler ces expériences avec toutes les précautions nécessaires. Dans les cas cités par M. Tonnellé, l'ipécacuanha a été donné *à la dose d'un gramme environ*, ce qui n'empêchait pas d'appliquer les sangsues quand on le jugeait nécessaire, et de prescrire des bains, des potions adoucissantes et des potions laxatives.

Purgatifs. Des purgatifs doux ont également été prescrits, malgré l'existence de la diarrhée; mais nous n'avons, à ce sujet, que des renseignements trop inexacts pour que nous leur accordions autre chose qu'une simple mention. — Disons seulement que le docteur Gartner recommande l'*huile de ricin*, à la dose d'une cuillerée à thé, toutes les deux, trois ou quatre heures; qu'il y ajoute, dans les cas d'inertie de l'intestin, de deux à quatre lavements par jour avec l'*eau chaude et deux cuillerées d'huile de ricin*, et que M. Cruveilhier recommande la potion suivante, après qu'on a mis en usage la saignée, les bains et les injections utérines :

℞ Huile d'amandes douces. / de ricin.	} ââ 30 gram.	Sirop de guimauve. . . . . . 30 gram.

A prendre par cuillerées.

Narcotiques. Les narcotiques, et surtout l'opium, ont été également mis en usage dans la péritonite puerpérale. Il faut administrer cette dernière substance de la manière qui a été indiquée à propos de la péritonite simple. Le docteur Caspari conseille le liniment suivant :

℞ Hydrocyanate de soude... 1,25 gram.	Axonge.................. 12 gram.	
Laudanum de Sydenham. 2,50 gram.		

Faites un liniment que l'on appliquera en frictionnant doucement.

Les moyens thérapeutiques qu'il me reste maintenant à mentionner ont, sans contredit, beaucoup moins d'importance que les précédents. Cependant il en est quelques uns que je dois présenter avec quelques détails à cause de leur réputation.

Essence de térébenthine. En première ligne il faut placer l'*huile essentielle de térébenthine*, que le docteur Brenan (1) et plusieurs autres médecins anglais ont donnée comme le remède le plus efficace contre la péritonite puerpérale. Ces auteurs, parmi lesquels on doit principalement signaler MM. Douglas et Kinneir, ont publié un certain nombre d'observations à l'appui de leur manière de voir. Mais

(1) *Thoughts on puerp. fever*, etc.; London, 1814.

MM. Trousseau et Pidoux (1) ont, par une analyse critique de ces divers faits, démontré que le diagnostic y était presque toujours incertain, et que, dans la plupart des cas même, on ne pouvait absolument pas admettre l'existence de la péritonite. Ces deux auteurs n'ont pas dû, en conséquence, regarder comme fondées les assertions des médecins anglais, et l'on ne saurait nier l'exactitude de leur critique, qui peut également s'adresser à un fait cité par le docteur Rauch, de Berlin (2). Dans ce cas, avant l'administration de la térébenthine, la douleur du ventre avait cessé d'être générale (en supposant même qu'elle l'eût jamais été, ce qui n'est pas prouvé), elle n'existait plus que dans le côté gauche, et les lochies, un instant supprimées, avaient reparu. Une métrite un peu violente, avec météorisme douloureux, ne peut-elle pas donner lieu à ces symptômes ? Et d'ailleurs c'est bien mal choisir le moment d'administrer un remède, que de le donner lorsqu'il est survenu une amélioration évidente. Enfin M. Cruveilhier (3) nous apprend qu'il a prescrit ce remède à la Maternité, sans en obtenir aucun résultat avantageux.

Quoi qu'il en soit, je dois, pour mettre à même le lecteur de répéter convenablement ces expériences, indiquer ici comment on administre ce médicament. Le docteur Brenan veut qu'on emploie l'essence de térébenthine à l'intérieur et à l'extérieur. A l'intérieur il en donne *une cuillerée à soupe*, ou bien 30 grammes dans un verre d'eau sucrée, et renouvelle cette dose une ou plusieurs fois dans la journée, si le cas l'exige.

Le docteur Rauch prescrit ce médicament de la manière suivante :

℞ Essence de térébenthine.... 2 gram. | Émulsion simple............. 10 gram.
Mêlez. A prendre sur-le-champ.

Renouveler cette dose toutes les heures, jusqu'à ce que l'amélioration soit très marquée. Les jours suivants, en continuer l'administration, mais trois ou quatre fois par jour seulement.

La térébenthine administrée ainsi a-t-elle d'autres effets que son effet purgatif? C'est ce qui est très douteux. MM. Trousseau et Pidoux sont convaincus qu'elle n'en a pas d'autres, et ce qui, outre les considérations précédentes, porte à croire qu'ils sont dans le vrai, c'est que pour rendre l'action de la térébenthine plus forte, on l'a souvent associée à d'autres purgatifs. Le docteur Brenan, en particulier, y joint l'*huile de ricin* et la *teinture de séné*.

L'*application externe* de l'huile de térébenthine se fait tout simplement en frottant légèrement tout le ventre avec un morceau de flanelle imbibé de ce médicament. On y revient à deux ou trois reprises chaque jour. On peut encore mettre en usage les divers liniments composés dans lesquels entre la térébenthine. Suivant le docteur Douglas, cette seule application externe suffirait pour amener la guérison dans beaucoup de cas ; mais nous avons vu plus haut la valeur de ses observations. Au reste, nous retombons ici dans la médication révulsive, dont il a déjà été question. Je n'insiste donc pas davantage.

Carbonate de potasse. Suivant MM. Récamier et Brachet, ce médicament

(1) *Traité de thérap.*, t. II, p. 593 et suiv.
(2) *Vochenschrift für die gesammte Heilkunde*, n° 36, 1823; extrait dans les *Arch. gen. de méd.*, janv. 1837.
(3) *Anatomie pathologique du corps humain*, t. I, 13e livraison, in-folio avec pl. coloriées.

serait très utile dans la fièvre puerpérale ; mais les faits nous manquant, nous ne pouvons apprécier convenablement la valeur de cet agent thérapeutique qui, du reste, a peu de partisans. On peut prescrire la préparation suivante :

℞ Carbonate de potasse....	0,50 gram.	Sirop diacode...........	15 gram.
Potion gommeuse......	220 gram.		

A prendre par cuillerées, d'heure en heure.

Moyens divers. Enfin je me contenterai de mentionner les *lotions d'eau froide pure* (1) ou *camphrée* (2) ; l'application de la *glace* (3) ; l'usage du *quinquina*, qui est administré lorsque les forces sont complétement abattues ; les divers *sudorifiques*, etc.

Rappel de la sécrétion lactée et des lochies supprimées. Nous avons vu que la suppression de la sécrétion laiteuse et des lochies constituait des symptômes importants de la péritonite puerpérale, quoique cette importance ait été beaucoup exagérée. On a donc été naturellement porté à rétablir ces évacuations dans le but d'opérer une diversion salutaire. Gasc a principalement insisté sur ce point. Pour rappeler le lait dans les mamelles on emploie des cataplasmes chauds ou bien des applications de flanelle chaude, ou mieux encore on a recours aux ventouses sèches, aux cataplasmes sinapisés ou à la succion. La plupart des médecins pensent que la succion doit être pratiquée avec les instruments imaginés pour des cas semblables ou avec la bouche par une grande personne ; mais quelques uns ne craignent pas de faire teter les enfants eux-mêmes, et, suivant eux, il n'en est jamais résulté aucun accident pour ces derniers. Quant au retour des lochies, c'est à l'aide d'un petit nombre de sangsues (de quatre à six) appliquées à plusieurs reprises à la vulve, des topiques indiqués plus haut, d'injections tièdes et aromatiques, qu'on a cherché à le déterminer. Il faut reconnaître avec M. Baudelocque que ces moyens n'ont pas une valeur bien grande. C'est, en effet, la violence de l'inflammation qui a suspendu les sécrétions, et ce n'est qu'après avoir modéré l'intensité de la péritonite qu'on peut espérer de voir se rétablir la sécrétion du lait et l'écoulement des lochies, qui ont alors une tendance naturelle à se reproduire. Toutefois il est permis d'admettre qu'en pareille circonstance les moyens précédemment indiqués doivent en favoriser le retour.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DE LA PÉRITONITE PUERPÉRALE.

Épargner au malade, autant que possible, les moindres mouvements.

Ne point charger le ventre de couvertures, et le protéger avec un cerceau si la pression était intolérable.

Pour régime, diète sévère, tant que la maladie est dans sa vigueur.

Reprendre avec beaucoup de prudence un régime substantiel pendant la convalescence.

Traitement de la péritonite par perforation. Le traitement de la péritonite par perforation ne diffère des précédents que par l'usage plus général de l'*opium à haute dose*, et par quelques autres particularités qui vont être indiquées. Aussi je

(1) REUSS, HUFELAND.
(2) SUTTON. Voy. *Rev. méd.*, 1827.
(3) LACHNISKI, *Hufeland's Journal*, 1826.

dois me borner à dire d'abord que les sangsues, les applications émollientes, les frictions mercurielles, etc., doivent être mises en usage comme dans l'affection précédente, avec la précaution de proportionner ces moyens à l'état des forces des malades; car la perforation survenant souvent dans des affections qui ont considérablement détérioré la constitution, il serait imprudent, en pareil cas, d'insister beaucoup sur les émissions sanguines. Quant aux moyens thérapeutiques plus particulièrement applicables à cette espèce de péritonite, exposons-les rapidement, en commençant par l'emploi de l'opium à haute dose.

L'usage de l'*opium à haute dose* s'applique à toutes les péritonites par perforation, quel que soit l'organe perforé; mais c'est surtout dans les cas de perforation du canal intestinal qu'on y a eu recours. M. Stokes a surtout préconisé l'emploi de ce moyen, et depuis qu'il a publié des observations très intéressantes en faveur de cette médication, d'autres médecins ont rapporté des faits qui viennent en prouver l'utilité. M. Stokes a non seulement cité des cas de guérison observés par M. Graves et par lui, mais encore il a montré que, dans certains autres où le sujet avait fini par succomber, l'emploi de l'opium avait eu pour effet de prolonger les jours des malades. La préparation qu'il emploie est la *teinture d'opium* connue en Angleterre sous le nom de *gouttes noires*, que l'on donne à la dose de *deux ou trois gouttes toutes les heures*, de manière à ce que le sujet en ait pris dans les vingt-quatre heures de quarante-huit à soixante-douze gouttes. En même temps, on peut administrer, à moins que la perforation n'ait lieu dans le gros intestin, *un ou deux quarts de lavement avec quinze à vingt gouttes de laudanum*, et appliquer sur l'abdomen des flanelles trempées dans l'eau de guimauve fortement laudanisée. On ne doit nullement craindre un certain degré de narcotisme, car c'est précisément pour obtenir un état marqué de torpeur, et pour prévenir ainsi les mouvements péristaltiques, aussi bien que les contractions musculaires des parois du ventre, qu'on a recours à cette médication.

Suppression des boissons et de tout médicament ingéré par la bouche, sauf l'opium. Cette partie du traitement s'applique à tous les cas où l'on a quelque raison de supposer l'existence d'une perforation intestinale ou stomacale; quelle que soit l'intensité de la soif, on ne doit permettre au malade que de se rafraîchir la bouche avec de *petits fragments de glace* ou le *suc des fruits acides*, comme le citron, l'orange, et encore faut-il leur recommander de rejeter les liquides, et de n'en avaler que la plus petite quantité possible. Le but de cette précaution est facile à comprendre : les liquides qui s'échappent de l'intestin et tombent dans le péritoine étant la cause déterminante de l'inflammation, on doit, par tous les moyens, chercher à en diminuer l'abondance.

Les mêmes observations s'appliquent aux divers médicaments, et surtout aux *purgatifs* et aux *vomitifs* qui doivent être *entièrement proscrits*, et qu'on doit bien se garder d'administrer, même à une époque assez avancée de la convalescence. On a cité, en effet, des cas où un purgatif ayant été donné intempestivement chez des sujets en voie de guérison, tous les symptômes de la perforation ont reparu avec intensité et ont promptement déterminé la mort. M. Stokes a rapporté un exemple bien remarquable de ce genre.

Immobilité absolue. C'est encore une condition très importante pour la guérison que de tenir les sujets dans un état d'immobilité aussi absolue qu'il sera possible.

C'est surtout dans les efforts de la défécation et du vomissement que les accidents augmentent d'intensité. On devra, par conséquent, employer toutes les précautions imaginables pour rendre le moins violents qu'on le pourra ces mouvements indispensables, comme c'est dans le but de les prévenir qu'on a administré l'opium. Dans tous les autres moments, on devra engager les malades à ne faire aucun mouvement, et l'on éloignera d'eux toute cause qui pourrait déterminer la moindre agitation.

L'exploration de l'abdomen doit être faite dans cette grave espèce de péritonite avec plus de précaution encore que dans toutes les autres espèces. Ce n'est qu'avec un ménagement extrême qu'on doit pratiquer la palpation de l'abdomen ; et encore, lorsque le diagnostic de la maladie n'est pas douteux, doit-on s'abstenir d'un semblable examen.

Résumé ; ordonnances. Tels sont les moyens à opposer à la péritonite, dont la gravité, quoique différente suivant les espèces, n'est pas moins presque toujours fort grande. D'après ce que nous avons dit plus haut, l'emploi des préparations mercurielles, et surtout des frictions avec l'onguent mercuriel dans la péritonite puerpérale, et l'administration de l'opium à haute dose dans la péritonite par perforation, sont, de tous les moyens thérapeutiques qui ont été passés en revue, ceux dont l'expérience nous a fait reconnaître l'efficacité de la manière la plus précise. Dans les autres espèces, c'est aux émissions sanguines, aux émollients et aux adoucissants qu'on doit avoir principalement recours.

Ire Ordonnance.

DANS UN CAS DE PÉRITONITE GÉNÉRALE AIGUE CHEZ UN SUJET VIGOUREUX, ET SANS CAUSE ORGANIQUE APPARENTE.

1° Pour boisson, solution de sirop de gomme, infusion de guimauve, etc.

2° Saignée générale, renouvelée une ou plusieurs fois, suivant la résistance du pouls ; application de trente, quarante et même cinquante sangsues disséminées sur le ventre ; réitérer cette application au besoin.

3° Fomentations émollientes sur le ventre.

4° Matin et soir, de 3 à 5 centigrammes d'extrait gommeux d'opium ; deux quarts de lavement d'eau de guimauve, avec addition de huit à douze gouttes de laudanum.

5° Diète absolue ; éviter autant que possible tous les mouvements.

Chez les enfants, on supprimera la saignée générale ; le nombre des sangsues variera de quatre à dix ou douze, suivant l'âge ; la dose de l'opium à l'intérieur sera de 1 à 5 centigrammes par jour, et celle du laudanum de deux à quatre ou cinq gouttes.

IIe Ordonnance.

DANS UN CAS DE PÉRITONITE PAR PERFORATION.

1° S'il s'agit d'une perforation du tube intestinal, supprimer les boissons, rafraîchir seulement la bouche avec de petits fragments de glace ou quelques gouttes d'un liquide acidulé. Dans les perforations des autres organes, donner les boissons précédentes ou des boissons acidules.

2° Toutes les heures, deux ou trois gouttes de teinture d'opium, ou bien, toutes

les deux heures, de 2 à 3 centigrammes d'extrait thébaïque. Deux ou trois fois par jour, un quart de lavement contenant de douze à vingt gouttes de laudanum, sauf dans le cas où la perforation occupe la partie inférieure du gros intestin.

3° Autant que possible, immobilité absolue.

Je ne crois pas devoir donner d'ordonnances pour le traitement de la péritonite puerpérale, la médication mise en usage par M. Velpeau étant celle que j'adopte, et ayant été exposée plus haut en détail (1).

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines; émollients; narcotiques; révulsifs.

Dans la péritonite par extension de l'inflammation : traitement propre à la maladie primitive.

Dans la péritonite puerpérale : frictions mercurielles à hautes doses; ipécacuanha; légers purgatifs; essence de térébenthine; carbonate de potasse; moyens divers.

Dans la péritonite par perforation : opium à hautes doses; abstinence de boisson s'il y a perforation du canal intestinal; immobilité.

ARTICLE II.

PÉRITONITE CHRONIQUE.

La péritonite chronique est une affection qu'on peut considérer comme mieux connue dans son ensemble que la péritonite aiguë; cependant elle a été étudiée plus tard encore que cette dernière. Broussais (2) a un des premiers insisté avec force sur la nécessité d'étudier avec soin l'inflammation chronique du péritoine : sous ce rapport il a rendu un service réel à la science; mais c'est évidemment un tort de regarder les descriptions qu'il a données comme exactes, car, sauf quelques caractères généraux, on ne trouve dans son article rien de précis, surtout relativement aux véritables causes, au développement et à la marche de la maladie, et à l'efficacité des divers traitements mis en usage. MM. Scoutetten, Gendrin et plusieurs autres n'ont traité avec tout le soin désirable que la partie anatomique. M. Andral a rapporté des exemples intéressants de péritonite chronique; mais c'est surtout aux recherches de M. Louis que nous devons les détails les plus précis sur la symptomatologie et les conditions de développement de cette maladie. M. Louis, il est vrai, n'a décrit que la péritonite qui survient chez les tuberculeux, mais nous allons voir tout à l'heure que c'est sinon uniquement, du moins presque exclusivement chez les tuberculeux que se produit la péritonite chronique.

Une remarque générale, et qui a une grande importance, quoique le fait ne soit pas assurément bien connu de tout le monde, c'est que, dans le cours de la phthisie, les cas ne sont pas rares où la péritonite chronique se développe à l'état d'inflammation simple, c'est-à-dire en l'absence de productions tuberculeuses sur le péritoine, d'inflammation chronique, ou de toute autre lésion d'un organe abdominal. Ce fait, qu'ont à peine indiqué les autres auteurs, a été parfaitement constaté par M. Louis, et les recherches de MM. Rilliet et Barthez chez les enfants l'ont parfaitement confirmé.

(1) *Voy.* p. 312.
(2) *Hist. des phlegm. chroniq.*

de sorte que cette inflammation simple, que l'on regarde comme fréquente dans la péritonite aiguë, et que nous avons eu tant de peine à y trouver, nous la rencontrons assez fréquemment dans la péritonite chronique où l'on pense que son existence est très rare. Il faut toutefois remarquer que ce n'est pas là une inflammation simple spontanée, c'est une de ces inflammations secondaires qui sont sous la dépendance d'une maladie antérieure, sans laquelle elle ne se serait certainement pas produite.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

Presque tous les auteurs ont regardé comme des péritonites chroniques de simples résultats de la péritonite aiguë. C'est ainsi que des fausses membranes anciennes, gênant plus ou moins le jeu des organes, et occupant une plus ou moins grande étendue de la séreuse abdominale, ont été considérées comme de véritables inflammations chroniques. En cela on a reproduit ce qui a été fait pour l'endocardite chronique; or les réflexions présentées à l'occasion de cette dernière maladie (1) s'appliquent à la péritonite. Il est évident qu'en agissant ainsi on a beaucoup trop étendu le cadre de cette maladie, qui doit être définie comme il suit : la péritonite chronique est une affection du péritoine donnant lieu, dans tout le cours de sa durée, à des symptômes inflammatoires dont la marche est lente et continue.

Cette affection a été désignée par quelques auteurs sous les noms d'*inflammation péritonéale*, *inflammation du mésentère*, *inflammation chronique du bas-ventre*. Le nom de péritonite chronique est aujourd'hui généralement employé.

La péritonite chronique n'est point une affection fréquente, mais d'un autre côté elle n'est nullement remarquable par sa rareté, car depuis que l'anatomie pathologique a commencé à fixer nos connaissances sur ce point, on en a recueilli un grand nombre d'exemples, et nous verrons plus loin que dans la phthisie cette maladie se rencontre chez un nombre assez notable de sujets.

§ II. — Causes.

Les causes de la péritonite chronique, si l'on en excepte celles qui produisent la *péritonite tuberculeuse*, n'ont point été étudiées avec tout le soin nécessaire. Dans l'article du *Dictionnaire de médecine* (2), voici tout ce qu'on lit à ce sujet : « L'inflammation chronique du péritoine se présente sous deux formes distinctes : tantôt elle se présente sous la forme chronique, et dans ce cas elle est presque constamment liée à la présence de tubercules dans l'abdomen ; tantôt elle succède à une péritonite aiguë, et par conséquent aussi à l'une des nombreuses affections auxquelles cette phlegmasie se rattache. Lorsqu'elle est partielle, elle reconnaît pour cause ordinaire soit une contusion, soit l'inflammation chronique d'un des viscères abdominaux, qui s'est propagée par contiguïté à son enveloppe péritonéale. » L'exactitude de cette proposition ne peut être niée, mais elle me paraît beaucoup trop générale, et pour lui donner toute la valeur nécessaire, il faut entrer nécessairement dans quelques détails.

Il est certain que la péritonite chronique se produit principalement sous l'*influence de l'affection tuberculeuse.* M. Louis ne l'a en effet jamais rencontrée que chez des sujets affectés de tubercules (3). Dans quelques cas fort rares, on a vu un

(1) Voy. t. II, *Endoc. chron.*
(2) Tome XXIII, p. 595.
(3) *Loc. cit.*, p. 270.

dépôt de *matière cancéreuse*, à la surface des organes abdominaux ou dans les replis du péritoine, donner lieu à l'inflammation chronique de celui-ci. Ce sont là les péritonites qui, suivant la division de M. Andral, sont *chroniques dès leur début*. Il en est cependant quelques autres, mais très rares, qui se présentent dès l'abord avec cette chronicité : ce sont des *péritonites partielles* dues aux *inflammations chroniques* des divers organes, à la production de certains *kystes*, *d'abcès*, etc. Je dis que ces péritonites chroniques sont fort rares; dans les cas dont il s'agit, en effet, ce que l'on voit survenir communément, c'est une *péritonite aiguë* se terminant par des *adhérences* plus ou moins intimes, mais ces adhérences ne constituent pas une inflammation, elles n'en sont que le produit.

Dans d'autres cas, ce qui donne lieu à la péritonite chronique est soit une *perforation* qui a été *promptement limitée* par de fausses membranes, soit une *inflammation très vive d'un organe* suivie d'une inflammation du péritoine voisin, inflammation qui s'est communiquée au reste de la séreuse. En lisant attentivement les trois premières observations de péritonite chronique rapportées par M. Andral, on y trouve des exemples de ces diverses espèces; toutefois l'existence de la perforation n'y est pas formellement indiquée; mais chez un des sujets les choses se sont présentées de telle manière qu'on ne peut guère douter de son existence. Ces péritonites sont celles qui, *aiguës à leur début*, prennent ensuite le caractère chronique, et voici comment les choses se passent en pareil cas. L'inflammation vive, en se communiquant au péritoine, produit d'abord des symptômes violents, puis cette inflammation venant à se calmer, la sécrétion de fausses membranes et de sérosité plus ou moins altérée continue à se faire dans le péritoine, et la péritonite devient chronique. Il en est de même dans les cas de perforation promptement limitée par les fausses membranes; seulement le foyer qui résulte de l'épanchement du liquide joue le rôle de la vive inflammation viscérale que je viens de citer.

Il s'agirait maintenant de rechercher quelles sont les *causes prédisposantes et occasionnelles* qui, dans les circonstances précédemment mentionnées, favorisent ou déterminent la production de la péritonite, mais cette étude ne nous conduirait à aucun résultat positif, les recherches n'ont point en effet été dirigées dans ce sens.

§ III. — Symptômes.

Péritonite tuberculeuse. Je crois devoir commencer par exposer les symptômes de cette espèce de péritonite, parce que, comme je l'ai dit plus haut et comme il faut l'avoir bien présent à l'esprit, c'est là l'espèce qui se présente presque toujours à l'observation; or je ne saurais mieux faire que d'extraire des recherches de M. Louis sur la phthisie la description générale des symptômes de cette affection. Voici comment s'exprime cet auteur (p. 270) :

« Les symptômes de la péritonite chronique, de cette maladie que je n'ai rencontrée que chez les tuberculeux, passent assez souvent inaperçus, bien que suffisants, comme on le verra tout à l'heure, pour faire connaître avec certitude la lésion à laquelle ils se rattachent.

» A une époque variée de l'affection principale, quelquefois à son *début*, qu'elle conduise à la mort en moins de deux mois ou en plusieurs années, les malades

éprouvent les premiers symptômes de la péritonite : une *augmentation de volume du ventre* indiquée par la gêne qu'ils ressentent dans leurs vêtements s'ils ne gardent pas le lit, ou bien une *douleur abdominale* peu vive et quelquefois universelle, quelquefois l'une et l'autre à la fois. La douleur *augmente par la pression* et la *percussion*, est indépendante de la diarrhée, qui n'existe pas toujours, à beaucoup près, au moment où elle se développe, et qui s'accompagne d'ailleurs de souffrances très différentes de celles de la péritonite. Plus tard, après un espace de temps qui varie beaucoup, le médecin appelé près du malade peut constater l'existence d'une *fluctuation* ou d'un *météorisme* plus ou moins considérable de l'abdomen.

« Après avoir augmenté pendant quelque temps, la *fluctuation diminue* puis *disparaît* entièrement, tandis que le météorisme persiste. Dans le cas où il s'est montré au début sans épanchement appréciable, le météorisme *diminue après un certain temps*, et alors la tension du ventre est plus marquée, les circonvolutions intestinales s'y dessinent, l'abdomen est comme bosselé, offre une élasticité très résistante, alors même que les muscles qui l'enveloppent sont dans le relâchement le plus complet. Les *nausées* et les *vomissements* sont rares, si ce n'est dans les derniers temps de l'affection, quand une *péritonite aiguë* vient compliquer l'état déjà si pénible des malades.

» Dans quelques cas, ces accidents aigus n'ont pas lieu ; le malaise n'en est pas moins extrême, les malades ne s'occupent que de leur ventre, ne parlent que de lui, tandis que dans d'autres cas où le désordre est tout aussi considérable, le ventre est *constamment indolent*, même à la pression, et n'offre pour tout symptôme qu'un excès de volume et un certain degré de fluctuation, l'*urine n'étant point albumineuse*, et le malade n'ayant pas éprouvé jusque là les symptômes d'une maladie organique du foie. »

Tels sont les symptômes de la péritonite tuberculeuse. Ils sont tellement caractéristiques, quoique au premier abord on puisse être frappé de leur peu d'intensité, que plusieurs fois ils ont pu faire diagnostiquer l'existence de tubercules pulmonaires, qui ne donnaient lieu à aucun signe appréciable du côté de la poitrine. M. Louis en a rapporté des exemples, et le docteur Jackson (1) en a recueilli dans le service de ce médecin qui l'ont vivement frappé, comme il le dit à plusieurs reprises dans ses notes, recueillies par son père. J'ai observé un cas du même genre à l'hôpital de Lourcine chez une femme dont rien, du côté des organes thoraciques, ne pouvait faire soupçonner l'existence d'une phthisie pulmonaire, et qui cependant avait des granulations tuberculeuses dans les deux poumons ; mais ces granulations, en nombre peu considérable, n'étaient point agglomérées et n'avaient donné lieu à aucun phénomène d'auscultation et de percussion. C'est ainsi que s'étaient passées les choses dans les cas observés par M. Louis.

En ajoutant à cette description le *craquement* senti par l'application de la main sur le ventre chez certains sujets, et qui a été signalé par le docteur Bright, nous aurons tout ce qu'il importe de connaître de la symptomatologie de la péritonite chronique ; car l'état des organes thoraciques, de l'appareil digestif, de la circulation, etc., que les auteurs ont présenté dans leur description générale, se rapporte,

(1) *A Memoir of James Jackson* ; Boston, 1835.

non à la péritonite chronique, mais bien à l'affection sous la dépendance de laquelle elle s'est produite, c'est-à-dire, dans l'immense majorité des cas, à la phthisie pulmonaire.

La *péritonite chronique cancéreuse* présente à peu près les mêmes symptômes, et ce n'est qu'en étudiant l'état des divers organes où peut s'être développé le cancer qu'on reconnaît la nature de la maladie; toutefois il est quelques uns des phénomènes précédents, comme la diarrhée et les sueurs, *qui n'existent point;* mais je reviendrai sur ces nuances importantes à l'occasion du diagnostic.

Les *péritonites générales aiguës à leur début*, et *devenues ensuite chroniques*, présentent, lorsqu'elles sont arrivées à ce dernier état, des phénomènes semblables à ceux de la péritonite tuberculeuse, sauf que les *symptômes pectoraux manquent*, à moins de complication, et que la diarrhée colliquative, les sueurs nocturnes sont généralement *moins marquées*. Toutefois je ne donne ces signes qu'avec de grandes restrictions, car il reste encore beaucoup à faire pour lever tous les doutes qui résultent de l'insuffisance des faits. En définitive, ce qui distingue particulièrement ces péritonites, c'est l'existence de symptômes aigus, violents, et limités à un point du ventre au début de la maladie.

Enfin, les *péritonites chroniques partielles* se reconnaissent à la douleur locale, à la tuméfaction du ventre, et elles se distinguent des précédentes principalement par l'existence de la lésion organique à marche chronique qui leur a donné naissance.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison.

« Les symptômes qui viennent d'être décrits, dit M. Louis, continuent en plus ou moins grand nombre jusqu'à la mort, au moins le plus ordinairement ; car chez quelques sujets dont la maladie a une marche très chronique, après d'assez longues souffrances du côté du ventre, les symptômes de la péritonite disparaissent, et l'on n'observe plus d'accidents que du côté de la poitrine. Le liquide épanché dans l'abdomen peut être résorbé facilement dans l'espace de sept à huit jours, et l'on est tout étonné, dans quelques cas, de ne pas trouver, à l'ouverture du corps, une goutte de sérosité dans l'abdomen, d'y voir, au contraire, des adhérences nouvelles au moyen de fausses membranes encore assez molles, chez des sujets qui avaient offert, quelques jours auparavant, une fluctuation manifeste de l'abdomen. »

Nous trouvons là la *marche* et les *terminaisons* de la péritonite chronique; mais il faut ajouter que, comme toutes les inflammations secondaires, la péritonite chronique a une influence fâcheuse sur la marche de la maladie principale, et qu'elle tend à hâter la terminaison funeste. Quant à sa *durée*, elle est extrêmement variable, et il serait impossible de la limiter : elle peut être d'un ou deux mois, et se prolonger pendant une année et plus.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les *lésions anatomiques* ont été étudiées avec un très grand soin ; mais je dois me borner à en donner ici un résumé très rapide. On trouve dans le péritoine un épanchement de sérosité dont la quantité varie beaucoup. Le liquide est plus ou moins chargé de flocons albumineux ; parfois il contient une certaine quantité de pus, et

chez quelques sujets on trouve du pus parfaitement reconnaissable. Quant au sang, aux diverses matières étrangères, telles que les matières fécales, la bile, etc., qu'on a regardées comme appartenant à la péritonite chronique, on doit les ranger dans les lésions de la péritonite aiguë, sauf dans quelques cas rares.

Des fausses membranes souvent très abondantes, réunissant tout le paquet intestinal, de manière qu'il soit difficile d'en reconnaître toutes les parties, se montrent fréquemment à l'autopsie. Parfois, au contraire, ces fausses membranes sont disséminées et minces. Sous ce rapport il y a de très grandes différences suivant les cas. La consistance de ces pseudo-membranes est également très variable. Chez certains sujets on en trouve de molles et de jaunâtres en certains points, tandis qu'ailleurs elles sont épaisses, blanches et fermes, qu'ailleurs encore elles sont purement celluleuses.

Une des lésions les plus remarquables est sans contredit le dépôt dans les fausses membranes, soit de granulations dont l'apparence n'a nullement l'aspect tuberculeux, et qui ont été regardées par M. Scoutetten comme des concrétions fibrineuses, soit de véritables tubercules arrondis, saillants, friables. Dans quelques cas même on trouve une partie de la fausse membrane complétement transformée en matière tuberculeuse. Quelquefois, mais beaucoup plus rarement, on y a trouvé de la substance mélanique. Les granulations indiquées plus haut sont parfois tellement abondantes, que la surface de la fausse membrane en est toute parsemée, ce qui lui donne un aspect rugueux.

Comme on le voit, le dépôt de matières tuberculeuses dans les pseudo-membranes est surtout digne de remarque; mais il ne faut pas croire que ce dépôt soit constant; et comme, d'un autre côté, les tubercules sous-péritonéaux sont loin d'être fréquents dans les cas de péritonite tuberculeuse, il en résulte, ainsi que l'a fait remarquer M. Louis, que la péritonite chronique des tuberculeux n'est autre chose qu'une lésion inflammatoire due « à une cause spéciale à laquelle l'intensité et la durée du mouvement fébrile viennent sans doute se joindre, comme cela a lieu pour les maladies aiguës, dans un certain nombre de cas. » J'ai déjà dit que les choses se passent de la même manière chez les enfants, comme il résulte des observations de MM. Rilliet et Barthez.

J'ai vu dans un cas, à l'Hôtel-Dieu annexe (1), une *espèce d'éruption* semblable aux vésicules des sudamina, sur toute la surface des circonvolutions intestinales, chez un phthisique affecté de péritonite chronique. Ces vésicules avaient, en général, la grosseur et la transparence des sudamina; lorsqu'on les perçait avec une épingle, on en faisait sortir une gouttelette de liquide limpide, et puis on n'en trouvait plus de trace. Après avoir fait dessécher l'intestin, ces vésicules ont conservé en partie leur forme, et lorsqu'on les enlevait avec la pointe d'une épingle, on voyait qu'on avait soulevé une petite portion du péritoine, au-dessous duquel était un petit vide résultant de la dessiccation du liquide, et la surface avait l'aspect des sudamina desséchés et rompus. Le péritoine remplaçait là l'épiderme.

Pour compléter ces indications des lésions du péritoine, je me contenterai de mentionner les colorations en rouge brun ou noirâtre de la membrane ou du tissu

(1) Voy. VALLEIX, *Cons. prat. sur la périt. chroniq. et son trait.* (*Bull. gén. de thér.*, juin 1846).

faut remarquer, relativement aux frictions mercurielles, que, loin de chercher à produire la salivation, on doit les suspendre dès qu'on s'aperçoit que la bouche se prend.

MM. Trousseau et Pidoux ont conseillé les *cataplasmes de ciguë* comme résolutifs dans la péritonite chronique. Un fait observé à l'hôpital Necker (1) a été cité à l'appui de cette opinion. Mais on se demande si le repos et le régime, dans cette péritonite, qui paraissait à son déclin, n'ont pas plus fait que les cataplasmes de ciguë. Quoi qu'il en soit, voici la manière d'employer ce moyen :

On applique matin et soir un cataplasme composé de deux tiers de poudre de ciguë et d'un tiers de farine de graine de lin. Si la poudre de ciguë vient à manquer, on peut faire usage des feuilles, soit fraîches, soit desséchées, mais non pulvérisées ; et on les applique alors sans les mélanger de farine de graine de lin. On peut d'ailleurs, quand le cataplasme vient à se refroidir, se servir avec avantage, pour lui rendre de la chaleur, de l'eau qui provient de la décoction des feuilles de ciguë. Une précaution également bonne consiste à appliquer par-dessus le cataplasme une feuille de toile cirée, afin d'empêcher la trop rapide évaporation, et de maintenir ainsi la chaleur et l'humidité nécessaires.

Enfin, j'indiquerai seulement les *bains sulfureux* et *alcalins*, dont les effets sont très hypothétiques, et je terminerai en disant que, après les moyens antiphlogistiques précédemment indiqués, ce qui convient le plus au malade, c'est le *repos absolu*, de manière à éviter tous les mouvements qui ne sont pas indispensables, un *régime* doux, léger, sans être très sévère, et particulièrement la *diète lactée*. On voit assez souvent, sous l'influence de ces moyens simples, les symptômes si incommodes de la péritonite, sinon disparaître, au moins s'amender de manière à devenir supportables.

Quelquefois, suivant M. Chomel (2), on voit des collections purulentes qui se sont formées dans le péritoine tendre à se faire jour au dehors, soit à travers les parois, soit du côté des intentins, de la vessie ou du vagin.

« Dans le premier cas, on pourra, dit cet auteur, à l'aide des *caustiques* ou du *bistouri*, préparer ou frayer une issue au pus ; dans les autres, on devra, par une *pression méthodique*, par des *injections* ou des *douches*, déterger le foyer où s'est formé le pus, et aider au rapprochement et à l'adhésion de ses parois. » — Il faut reconnaître que les cas où l'on est appelé à suivre ces conseils sont excessivement rares.

ARTICLE III.

ASCITE.

L'hydropisie ascite est une maladie dont les signes sont trop facilement appréciables pour qu'elle ait pu être inconnue même dans les premiers temps de la médecine. Aussi voyons-nous déjà dans Hippocrate (3) une foule de passages dans lesquels sont décrits les symptômes de l'ascite, où sont exposées les principales

(1) *Bull. gén. de thér.*, juin 1847, p. 517.

(2) Article PÉRITONITE du *Dict. de méd.*

(3) *Œuvres complètes*, trad. par Littré, t. VII, *Des maladies ; Des affections internes*, p. 221.

circonstances dans lesquelles cette affection prend naissance, et enfin où l'on trouve un traitement assez riche de cette espèce d'hydropisie. Galien, qui le premier a cherché à établir une division régulière dans l'ascite, a également beaucoup insisté sur cette affection. Celse (1), Arétée (2), et après eux une longue série de médecins de tous les âges, ont tracé d'une manière plus ou moins détaillée l'histoire de cette grave maladie.

Dans toutes ces descriptions les signes extérieurs, la marche de l'affection dans les principales circonstances, les accidents qu'elle peut présenter, sont généralement assez bien appréciés; mais ce qu'il était important d'établir, et ce qui ne pouvait être établi que par les recherches modernes, ce sont les diverses causes organiques qui donnent naissance à l'ascite, et qui font de ses diverses catégories autant d'espèces très différentes. Les anciens évidemment ne pouvaient avoir sur ce point que des idées très confuses. On savait, il est vrai, d'une manière générale, et Hippocrate déjà l'avait indiqué formellement, que les tumeurs du foie et de la rate étaient fréquemment suivies de l'accumulation de la sérosité dans la cavité abdominale; mais parmi les altérations de ces deux organes, quelles sont celles qui déterminent particulièrement l'hydropisie? par quel mécanisme lui donnent-elles naissance? et enfin quelles sont les autres conditions organiques qui produisent l'ascite? c'est ce que l'on ignorait complétement.

A l'époque où sous la direction de Morgagni l'anatomie pathologique commença à faire ses plus grands progrès, ces idées, nécessairement vagues, prirent plus de précision; mais il fallait arriver aux recherches intéressantes de MM. Bouillaud, Reynaud, Andral, Bright, et plusieurs autres, que j'aurai occasion de citer dans le cours de cet article, pour que l'histoire de l'hydropisie ascite prît un haut degré d'exactitude. Sans doute il reste encore aujourd'hui plusieurs points qui demandent de nouvelles recherches pour être éclaircis; mais l'assertion précédente n'a rien d'exagéré relativement à la plus grande partie des faits intéressants que va nous présenter la description de cette maladie.

On a proposé bien des divisions: les plus célèbres sont celles de Sauvages et de Cullen. Celle de Sauvages, qui admet vingt-huit espèces d'ascites, est fondée sur des nuances si légères et de si peu d'importance, qu'il serait complétement inutile de la faire connaître ici. Quant à Cullen, il établit trois espèces principales d'ascites, qu'il distingue bien de l'hydropisie enkystée. La première espèce d'hydropisie abdominale est celle qui est causée par l'*engorgement des viscères*; la seconde est celle qui est occasionnée *par débilité*, et elle comprend l'hydropisie *arthritique*, *scorbutique*, *exanthématique*; enfin la troisième, qui est due à la *ténuité du sang*, survient après les hémorrhagies abondantes ou répétées. On voit que Cullen ne reconnaissait pas d'ascites sthéniques. Cette espèce a été signalée par MM. Boisseau (3), Bouillaud (4), Dalmas (5), et plusieurs autres.

Les auteurs du *Compendium* proposent la division suivante : 1° *Ascite idiopathique aiguë*; 2° *A. idiopathique subaiguë*; 3° *A. idiopathique asthénique*;

(1) *De re medic.*, lib. III.
(2) *De signis et caus. morb. diuturn.*, lib. II.
(3) *Nosographie organique*; Paris, 1828, t. II, p. 28.
(4) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. III, p. 524.
(5) *Dict. de méd.*, art. ASCITE.

4° *A. consécutive ou métostatique, aiguë ou subaiguë;* 5° *A. symptomatique de l'inflammation péritonéale ;* 6° *A. symptomatique d'un obstacle à la circulation veineuse ;* 7° *A. symptomatique d'une dégénérescence des reins ;* 8° *A. symptomatique d'un état séreux du sang.*

Je ne dois point entrer ici dans un examen critique de cette division, d'autant plus que les auteurs ne l'ont adoptée que dans le but de rendre plus facile l'étude de la maladie ; s'il en eût été autrement, ils auraient eu recours à une division beaucoup plus simple, ainsi qu'ils le disent eux-mêmes, et c'est précisément cette division qui me paraît devoir être adoptée. « Nous signalerions, disent-ils, seulement trois espèces d'ascites : 1° Une ascite par *irritation* sécrétoire portant sur la séreuse abdominale ; 2° une ascite par *obstacle à la circulation veineuse* dans les vaisseaux de la veine porte ou même dans ceux de la veine cave ; 3° une ascite par *modification pathologique des qualités du sang.* » Quand j'aurai exposé ce que nous savons relativement aux causes de la maladie, on verra, en effet, que toutes les espèces d'ascites peuvent se ranger facilement sous ces trois chefs. J'ajoute, au reste, que ces divisions n'ont pas toute l'importance qu'elles paraissent avoir au premier abord ; car, sauf l'ascite à laquelle on a donné le nom d'aiguë, de sthénique, d'hydropisie par irritation sécrétoire, etc., il n'en est guère qui présentent des indications particulières bien précises sous le point de vue du traitement, c'est-à-dire sous le rapport pratique. Je le répète, c'est surtout dans le paragraphe consacré aux causes que j'aurai à m'occuper de ces diverses variétés de l'hydropisie ascite.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

On donne aujourd'hui le nom d'*ascite* à toute accumulation de sérosité dans le péritoine, mais dans le péritoine seulement. De cette manière on écarte les *hydropisies enkystées*, qui autrefois faisaient partie de l'ascite.

On a donné encore à cette affection les noms d'*hydropisie du bas-ventre*, *ascite péritonéale*, *hydropéritoine*, *hydroabdomen*, *hydrogastre.*

L'ascite ne doit pas être rangée parmi les maladies qui ont une grande *fréquence ;* mais elle est loin d'être une maladie rare, car il n'est point de médecin qui n'ait assez souvent l'occasion de l'observer, et nous avons vu, dans plusieurs des articles précédents, qu'il est un assez bon nombre de maladies organiques de l'abdomen qui lui donnent naissance.

§ II. — Causes.

Les causes de l'ascite sont assez difficiles à présenter. On ne peut pas, en effet, se contenter de les diviser en causes prédisposantes et en causes occasionnelles, car il y a des conditions organiques qui tiennent une grande place dans cette étiologie ; et, d'un autre côté, les causes de certaines espèces sont tout à fait différentes de celles des autres. Exposons d'abord d'une manière générale ce qui peut être dit de plus précis relativement aux causes prédisposantes et occasionnelles ; nous passerons ensuite aux conditions organiques qui sont de beaucoup les plus importantes.

1° Causes prédisposantes.

Il est impossible d'indiquer d'une manière générale l'influence de l'*âge ;* il faut

nécessairement établir des distinctions. C'est ainsi que nous voyons l'âge mûr ou l'âge avancé présenter le plus grand nombre de cas d'ascite par *engorgement chronique* ou *lésion organique des divers* viscères de l'abdomen, et l'enfance, au contraire, offrir presque exclusivement des exemples d'ascite survenue à la suite des *fièvres exanthématiques*. Quant au *sexe*, nous ne connaissons rien de positif à ce sujet, si ce n'est que les femmes présentent parfois, pendant leur *grossesse*, des épanchements séreux du péritoine, coïncidence sur laquelle Ollivier, d'Angers, nous a donné de précieux renseignements (1), et dont il sera question plus tard.

Il est impossible de rien dire de précis sur l'influence de la *constitution* et du *tempérament*, car il faudrait d'abord savoir quelle est cette influence sur les diverses affections organiques qui président au développement de l'ascite. Il n'en est pas tout à fait de même relativement aux *conditions hygiéniques*. Depuis les premiers temps de la médecine, on a remarqué que les individus qui vivent dans des *lieux humides, mal aérés*, et qui ont une *nourriture malsaine*, sont sujets à l'ascite. Sans doute ces causes n'agissent qu'après avoir développé une des conditions organiques que nous indiquerons plus loin ; mais elles n'en remplissent pas moins en définitive le rôle de cause prédisposante. On pourrait encore citer sous ce point de vue les *fièvres intermittentes* fréquentes et prolongées, à la suite desquelles se développent des hydropisies sur lesquelles Hippocrate a particulièrement insisté, et dont j'aurai à reparler à propos des conditions organiques.

2° Causes occasionnelles.

Les causes occasionnelles sont variables suivant les espèces d'ascites. L'ascite qu'on appelée *aiguë, sthénique, idiopathique*, peut être occasionnée par une *violence extérieure*, un *coup*, une *chute* sur le ventre, et l'on peut alors lui donner le nom de *traumatique*. Mais cette ascite traumatique peut être produite aussi d'une manière indirecte. On a, en effet, cité des cas, et à l'article consacré aux maladies de la rate, j'en ai rapporté un remarquable, où la violence extérieure a eu pour effet, non de produire immédiatement une sécrétion abondante de sérosité dans le péritoine, mais de donner lieu à l'*engorgement chronique*, soit du foie, soit de la rate, qui, à son tour, a été plus ou moins promptement suivi de l'épanchement de sérosité.

C'est à l'ascite sthénique et idiopathique que se rapportent presque exclusivement certaines causes, comme le *refroidissement*, le corps étant en sueur, la *suppression d'un flux* quelconque, l'influence de violents *mouvements de colère*, etc. ; mais je n'insiste pas sur ces causes, parce que, d'une part, dans bien des cas, on n'a pas pu faire les recherches nécessaires, ainsi que le fait très bien remarquer Dalmas, pour s'assurer qu'il n'y avait aucun obstacle à la circulation, et que, de l'autre, ces divers points d'étiologie ont été étudiés très légèrement.

On voit parfois survenir chez des individus *convalescents de la scarlatine* une ascite qui présente les caractères de l'ascite sthénique. On a attribué alors aux influences de la *température* une très grande importance ; mais c'est un point sur lequel je reviendrai à l'occasion de cet exanthème.

A la suite d'*hémorrhagies* très abondantes et multipliées, on a vu quelque-

(1) *Arch. gén. de méd.*

fois survenir l'ascite ; ici les pertes de sang étaient évidemment causes occasionnelles.

Je ne dois pas insister davantage sur cette partie de l'étiologie de l'ascite, ni indiquer d'autres causes occasionnelles, comme la *suppression de l'urine*, signalée par Rivière (1), l'*abus des boissons aqueuses*, etc., parce que les faits nous manquent complétement pour apprécier les assertions des auteurs anciens à ce sujet.

3° Conditions organiques.

C'est ici surtout que nous devons suivre la division qui a été établie plus haut. Et d'abord recherchons quelles sont les conditions organiques dans lesquelles se produit la maladie à laquelle on a donné le nom d'*ascite idiopathique*.

Ascite idiopathique. Nous avons vu plus haut qu'on a élevé des doutes sur l'existence même de cette espèce, et il faut convenir que les observations rapportées par les auteurs ont été prises avec assez de négligence pour motiver ces incertitudes. Laissons donc la question indécise, et contentons-nous d'indiquer les opinions émises sur les causes organiques de ces ascites, qui, suivant la plupart des médecins, n'en connaissent pas d'autre qu'une altération du péritoine lui-même. Quelle est cette altération ? Pour répondre, il faut nécessairement tenir compte de la division de l'ascite en *sthénique* et *asthénique*. Dans la première on a invoqué l'existence d'une *irritation aiguë* ou *suraiguë* du péritoine, et l'on s'est fondé principalement sur ce que quelques symptômes d'inflammation commençante, comme la douleur et un certain degré d'excitation générale, ont marqué le début de l'ascite. Mais rien ne prouve qu'il y eût réellement, dans tous les cas de ce genre, même un commencement d'inflammation. Dans un cas rapporté par M. Andral (2), entre autres, nous ne voyons autre chose qu'une sécrétion très rapide qui n'a pu se faire dans une cavité fermée sans occasionner un trouble douloureux des organes. Quant à la simple irritation, c'est un mot pour expliquer le fait d'une supersécrétion notable, et quoique cette explication paraisse très satisfaisante, il ne faut pas oublier qu'elle ne constitue pas une démonstration réelle. Au reste, nous ne trouvons dans tout cela rien qui nous apprenne quelles sont les modifications survenues dans le péritoine ou du moins dans le tissu sous-jacent. Depuis longtemps tout ce qu'on a dit relativement aux *vaisseaux* absorbants et exhalants est regardé comme non avenu, en sorte qu'il serait inutile d'en parler ainsi.

Si maintenant nous voulions exposer les conditions organiques de l'*ascite idiopathique asthénique*, nous serions encore bien plus embarrassés, ou plutôt ce que nous aurions à dire, c'est qu'on les ignore complétement. Mais a-t-on établi d'une manière positive l'existence même de cette espèce d'ascite ? Si l'on examine les faits avec quelque attention, on voit qu'aux époques où elle a été admise, on ne savait pas que quelques altérations particulières des veines, des reins, du sang, donnent naissance à l'ascite, et que, n'ayant pas appris à découvrir ces altérations, on regardait l'épanchement de sérosité comme une simple lésion sécrétoire. Aujourd'hui on ne pourrait pas citer un exemple d'ascite dite *asthénique* dans laquelle, après une exploration très attentive, on n'ait découvert aucune des altéra-

(1) *Prax. med.*, lib. XI, *De hydrope*.
(2) *Clin.*, t. II, p. 671.

tions que je viens d'indiquer. Cette question ne doit donc pas nous arrêter plus longtemps.

Ascite mécanique. C'est celle qui résulte d'un obstacle à la circulation ou d'un trouble notable dans l'accomplissement de cette fonction. Depuis longtemps les ascites dépendantes d'une *affection du cœur* avaient été signalées, et nous avons vu dans le troisième volume de cet ouvrage que la condition anatomique qui donne lieu le plus souvent à l'épanchement de sérosité dans le péritoine est un *rétrécissement des orifices*. Dans l'histoire des *Maladies du foie*, j'ai dit comment les tumeurs et les dégénérescences de cet organe donnent lieu à l'ascite. Les tumeurs des autres organes avoisinant les troncs veineux peuvent occasionner cette maladie. L'*oblitération des veines* produit cet effet, lorsqu'elle a lieu par quelque cause que ce soit. C'est ce que M. Bouillaud a parfaitement démontré (1), et par là il n'a pas peu contribué à restreindre le nombre des ascites regardées comme idiopathiques et essentielles. Dans une maladie du foie, la *cirrhose*, nous avons vu l'ascite se montrer presque constamment, et il semble au premier abord qu'on ne trouve pas, en pareil cas, d'altération anatomique qui rentre dans la catégorie que je viens d'indiquer. Mais le rétrécissement de la veine porte, la compression et l'effacement de ses radicules, qui ont été si bien démontrés dans les recherches modernes, nous ont fait voir que les choses se passent dans ces cas comme dans les précédents. Je pourrais multiplier ces considérations, mais qu'il me suffise de dire que partout où le sang veineux trouve de la difficulté à circuler, il tend à se débarrasser de sa sérosité dans les parties où il est forcé de s'accumuler, et de là l'ascite aussi bien que l'œdème.

Ascite par altération du sang. C'est encore là un sujet très délicat à traiter, car les recherches modernes, si intéressantes d'ailleurs, sur les altérations du sang dans les maladies, ne sont pas encore assez complètes sur ce point. Avant ces dernières années, on se contentait de dire qu'un sang trop séreux était une condition organique sous l'influence de laquelle se produisait facilement l'ascite. MM. Andral et Gavarret (2) ont été beaucoup plus loin, car étudiant les modifications des diverses parties constituantes du sang, ils sont arrivés à ce résultat que, dans des maladies où l'on n'avait constaté que l'état séreux de ce liquide, la condition organique qui seule pouvait donner lieu à l'hydropisie était *la diminution de l'albumine du sérum.* C'est surtout ce qui est remarquable dans la *maladie de Bright*, où les épanchements séreux sont si fréquents et si abondants.

Faut-il conclure de cela que, dans toutes les ascites où nous devons croire à l'existence d'une maladie du sang, la diminution de l'albumine est une altération constante et essentielle? Il serait sans doute prématuré de poser une conclusion aussi générale et aussi absolue avant la démonstration directe; mais les auteurs que je viens de citer ont si bien prouvé l'insuffisance de l'augmentation seule de la sérosité ou de la diminution des divers autres matériaux du sang pour produire les hydropisies, qu'il est permis de regarder leur manière de voir comme extrêmement probable. Disons cependant que les ascites dans lesquelles cette opinion n'a pas encore la sanction de l'expérience sont celles qui surviennent dans la *fièvre in-*

(1) Voy. *Arch. gén. de méd.*, 1re série, 1823, t. II et V.
(2) Voy. *Recherches sur les modifications de proportion de quelques principes du sang*; Paris, 1840. — *Essai d'hémalologie*; Paris, 1843, in-8.

termittente, dans la *scarlatine*, dans les *débilitations* par une nourriture insuffisante, insalubre, par l'habitation dans un lieu malsain, etc. Il n'est pas douteux que les recherches qui se poursuivent avec ardeur sur ce sujet important ne viennent bientôt nous apporter de nouvelles lumières. En attendant, j'ai dû me borner à indiquer d'une manière générale l'état actuel de nos connaissances sur ce point.

§ III. — Symptômes.

Début. L'ascite a un début variable suivant ses différentes espèces, et c'est un point important à considérer. J'ai déjà dit que dans certaines hydropisies du péritoine, désignées sous le nom de *sthéniques* ou *par irritation*, on remarque, dans les premiers temps de la maladie, des douleurs qui parfois sont assez vives; c'est dans des cas de ce genre qu'il a été admis que l'ascite est consécutive à des symptômes de péritonite. Dans tout autre cas, l'accumulation de sérosité dans la cavité abdominale se fait sans douleur appréciable; cela est si vrai, que la plupart des malades ne s'aperçoivent de l'accroissement de volume du ventre qu'à une époque assez avancée, et lorsque leurs vêtements deviennent trop serrés. Il n'est pas de médecin qui n'ait vu des exemples de ce genre dans sa pratique. Une autre circonstance qu'il ne faut pas négliger de noter, c'est que tantôt l'apparition de l'ascite a lieu sans qu'il y ait aucun signe d'hydropisie dans les autres parties du corps, et tantôt les membres inférieurs, et plus rarement les membres supérieurs et la face, présentent un œdème assez marqué avant que le liquide se soit accumulé dans la cavité péritonéale. Enfin il faut tenir compte des symptômes dus aux diverses maladies qui ont précédé l'ascite, car c'est par eux qu'on parvient ordinairement à déterminer à quelle affection est due cette hydropisie. Je reviendrai sur ces considérations quand j'exposerai le diagnostic.

Symptômes. Je viens de dire que la *douleur* existe dans un certain nombre de cas; mais ces cas ne sont pas, à beaucoup près, les plus fréquents. La douleur qui n'a point de siége déterminé dans l'abdomen, qui se fait vaguement sentir dans les diverses parties de son étendue, n'est ordinairement point forte. Cependant, chez les sujets qui la présentent, la *pression* est assez difficile à supporter dans certains points, et les mouvements sont pénibles.

L'*augmentation de volume du ventre* est plus ou moins rapide suivant les cas. Lorsque l'hydropisie est sthénique ou active, le volume de l'abdomen peut être très considérablement augmenté en peu de jours; dans le cas contraire, ce n'est que graduellement que ce développement a lieu. Le liquide s'accumule dans les parties déclives, il remplit d'abord le petit bassin et les flancs, puis repoussant les intestins vers l'ombilic, il occupe une partie considérable de la cavité péritonéale: alors se manifestent les symptômes que je vais indiquer.

Le *ventre* est élargi dans la région des flancs, et sa partie antérieure est déprimée, ce qui lui donne l'apparence du ventre des batraciens. Si néanmoins l'accumulation du liquide s'est faite très rapidement, la paroi abdominale, n'ayant pas été lentement distendue, et réagissant contre l'effort du liquide, c'est la partie la plus faible, c'est-à-dire la partie moyenne et antérieure, qui fait saillie, et l'abdomen paraît plutôt globuleux. La *forme aplatie* du ventre est surtout remarquable lorsque la paroi abdominale a été préalablement distendue, comme dans les cas

où l'épanchement se reforme après une paracentèse. Alors les flancs débordent de chaque côté, et la ligne blanche est très déprimée, jusqu'à ce que l'épanchement soit devenu assez abondant pour la soulever fortement. Il n'est pas jusqu'aux fausses côtes et aux cartilages des dernières vraies côtes qui ne se trouvent repoussés en dehors par l'accumulation du liquide lorsqu'elle est considérable. Alors la base de la poitrine, fortement élargie, semble faire partie de l'intumescence abdominale. On comprend du reste que cette altération de forme du ventre peut être différente lorsque des tumeurs très volumineuses occupent un point de cette cavité. C'est surtout au début que ces dernières donnent de l'irrégularité à la conformation générale, car plus tard le liquide, venant à les séparer de la paroi de l'abdomen, celui-ci se présente avec la forme qui vient d'être indiquée.

La *tension de l'abdomen* est en rapport et avec la rapidité de l'épanchement et avec son abondance. C'est ainsi que dans les ascites qui se sont produites très promptement, le ventre est *rénitent* et se laisse difficilement déprimer ; tandis que dans celles qui se sont produites lentement, la rénitence ne devient notable qu'à l'époque où le liquide est très abondant, et encore n'atteint-elle pas ordinairement le même degré que dans le cas précédent.

Dans les ascites à marche aiguë, *la peau de l'abdomen* ne présente point d'altération très marquée; dans les ascites à marche chronique, au contraire, elle s'amincit, devient blanche, luisante, et offre en partie l'état qu'elle prend dans les œdèmes de longue durée. Il arrive même assez souvent que cet état de la peau a pour cause, outre la distension, une infiltration du tissu cellulaire sous-cutané dont on reconnaît l'existence à l'aide de la pression exercée par le doigt. Lorsque, par une cause quelconque, le liquide vient à diminuer ou à disparaître de la cavité abdominale, la paroi antérieure reste flaque si elle a été longtemps distendue, et la peau présente des éraillures semblables à celles qui restent sur le ventre des femmes après des couches nombreuses.

Un des signes les plus anciennement connus et les plus importants pour reconnaître l'existence de l'accumulation de sérosité dans le péritoine est la *fluctuation;* mais la fluctuation n'est évidente que dans les cas où le liquide est accumulé en quantité assez considérable, aussi ce que je vais dire ne s'applique-t-il qu'aux ascites déjà assez abondantes; nous verrons ensuite quels sont les signes qui font connaître la présence d'une petite quantité de liquide. *Pour percevoir la fluctuation*, on place la paume de la main sur un des flancs du malade, puis, avec l'extrémité des doigts de l'autre main, on frappe légèrement et rapidement sur l'autre flanc; on sent alors, sous la main qui reste fixe, la sensation d'un flot dû à l'ébranlement du liquide, et de là le nom de *fluctuation.*

Lorsque la quantité de liquide n'est pas assez considérable pour que la fluctuation soit sensible de cette manière, on doit recourir au *procédé indiqué par M. Turral* (1), et qui est exposé de la manière suivante par M. Dalmas (2) : « Alors, pour percevoir la fluctuation, ce n'est plus d'un côté à l'autre qu'il faut chercher à la produire, mais dans le petit espace seul où l'on suppose qu'est rassemblé le liquide ; pour cela, on percutera avec l'indicateur d'une main, à deux ou trois pouces de

(1) *Journ. hebd.*, n° 82.
(2) *Loc. cit.*, p. 204.

celle que l'on tient appliquée ; on peut même n'employer qu'une main, en percutant légèrement avec l'indicateur sur le point de la paroi abdominale compris entre le médius et le pouce. » Avec un peu d'habitude du procédé, on parvient à découvrir la fluctuation, alors même que le liquide n'est accumulé que dans les parties les plus déclives.

Percussion. Dans quelques cas cependant l'existence de l'épanchement ne peut être bien démontrée que par la *percussion ;* si celle-ci est convenablement pratiquée, on arrive à découvrir la présence du liquide en notant l'existence de la matité dans le lieu qu'elle occupe dans la position ordinaire du malade, et en constatant son déplacement dans les divers changements de position. Si, en effet, ainsi que l'a indiqué M. Piorry (1), on commence à percuter dans une partie voisine de l'ombilic, on obtient un son clair, dû à la présence des gaz dans l'intestin, qui est, comme nous l'avons dit plus haut, repoussé vers l'ombilic et l'épigastre ; puis, en descendant vers les flancs, on arrive à une ligne où le son, sans être complétement mat, devient obscur : c'est la ligne de niveau du liquide ; et enfin, à mesure qu'on descend, la matité devient plus complète.

Si ensuite on fait coucher le malade sur un côté, et qu'on percute le côté opposé, on voit que la matité y est remplacée par une sonorité marquée, parce que le liquide, obéissant à la pesanteur, s'est porté dans le flanc déclive, et, soulevant la masse intestinale, l'a portée vers le flanc devenu supérieur ; de plus, en percutant ce dernier point, on voit que le niveau du liquide s'y est élevé d'une quantité notable, par suite de l'adjonction de la sérosité qui occupait antérieurement le flanc opposé. On peut varier ces expériences de diverses manières, et, en ayant soin de marquer sur la peau la ligne du niveau du liquide, on arrive à des résultats très précis.

La percussion ne doit pas être négligée, alors même que le liquide est en quantité considérable ; car, ainsi que nous le verrons plus tard, elle fournit des éléments de diagnostic plus précis qu'aucun autre procédé, et fait reconnaître la situation, l'étendue de l'épanchement et le rapport des organes entre eux. C'est par elle qu'on constate très bien que l'intestin (son clair) s'est porté vers l'ombilic et un peu au-dessus ; que le liquide (son de plus en plus mat vers les parties déclives) occupe les autres points de l'abdomen, et que ce liquide est mobile (changement du niveau de la matité dans les diverses positions du malade).

Outre cet avantage de faire reconnaître la présence d'un épanchement peu considérable de sérosité dans le péritoine, les procédés de MM. Tarral et Piorry en ont un autre non moins grand, qui est de permettre de suivre les progrès de cet épanchement, et la percussion surtout, en établissant d'une manière rigoureuse le niveau du liquide, conduit à des résultats précieux. En pareil cas, il est important que la percussion soit médiate, mais il est bien rare que l'interposition du doigt ne soit pas suffisante pour arriver à une détermination précise ; la très grande flaccidité des parois de l'abdomen pourrait seule s'y opposer.

Quelques uns de ces résultats de la percussion avaient été indiqués, quoique d'une manière vague, par M. Rostan (2), à l'occasion du diagnostic de l'hydro-

(1) *De la percuss. médiate ;* Paris, 1828, in-8. — *Traité de diagnostic et de séméiologie ;* [illegible]

pisie péritonéale et de l'hydropisie enkystée des ovaires. J'y reviendrai un peu plus loin.

Chez un certain nombre de sujets, des modifications remarquables se produisent dans la *circulation veineuse abdominale*. M. Reynaud (1) a signalé d'une manière plus précise qu'on ne l'avait fait jusqu'à lui le développement très notable des veines qui rampent dans les parois de l'abdomen ; ces veines, en effet, deviennent apparentes sous forme de larges cordons bleuâtres, et elles sont parfois doublées et même triplées de volume. Il résulte des recherches de M. Reynaud que cet état est surtout remarquable dans les cas où la circulation est gênée dans la veine porte ; et, d'après cet auteur, la dilatation des veines indique les efforts de l'organisme pour établir une circulation veineuse supplémentaire. On doit tenir compte de ce signe ; mais cependant il ne faut pas oublier que, soit par suite de la distension de l'abdomen, soit par suite de la gêne qu'éprouve la circulation de la veine cave elle-même, les veines abdominales superficielles se présentent presque toujours avec un degré de développement marqué, et deviennent plus ou moins apparentes. Dans les cas cités par M. Reynaud, ce n'est pas seulement les veines de la paroi abdominale qu'on voyait à cet état de dilatation, mais encore celles qui rampent dans les parois de la poitrine, et quelques veines profondes ; de telle sorte que la circulation collatérale avait pris un haut degré d'activité.

Tels sont les signes locaux de l'ascite. Du côté de la *respiration*, on ne remarque des symptômes bien tranchés que dans les cas où l'accumulation du liquide est très considérable ; alors, le diaphragme étant repoussé vers la cavité pectorale, on observe une dyspnée plus ou moins prononcée. C'est surtout dans le décubitus dorsal que cette dyspnée se manifeste, parce qu'alors la moitié postérieure du diaphragme devient une des parties déclives ; aussi les malades sont-ils obligés de se tenir presque assis dans leurs lits.

La *circulation générale* ne présente rien de bien remarquable, à moins que la maladie sous la dépendance de laquelle s'est produite l'ascite ne donne lieu à un mouvement fébrile, ou que, l'affection étant très avancée, la mort devienne prochaine. On a même remarqué qu'en général le *pouls* est plutôt ralenti qu'accéléré.

De tout temps on a attaché une assez grande importance à l'examen des *urines* dans le cours d'une hydropisie ascite. Malheureusement on a étudié cette question d'une manière trop générale, et sans tenir compte des cas particuliers ; on sait cependant qu'il n'est pas indifférent de savoir si la maladie est sous la dépendance d'une affection du foie ou de toute autre, puisque, dans les maladies du foie, les urines présentent si souvent des caractères tout particuliers. Contentons-nous donc de dire qu'en général les urines sont rares, en petite quantité, fortement colorées et chargées de dépôts assez abondants. Je renvoie aux articles consacrés aux *Maladies du foie* et à la *Maladie de Bright* pour la description des urines dans ces divers états morbides.

Du côté des *voies digestives*, on trouve nécessairement des symptômes très divers, suivant les cas. Disons encore, d'une manière générale, que les *digestions* sont pénibles, que parfois on observe des nausées, des vomissements, des alternatives de diarrhée et de constipation, que l'*appétit* est altéré, capricieux ; en un

(1) *Journ. hebdomadaire de médecine*; Paris, 1829, t. IV, p. 137; t. V, p. 173.

mot, qu'il y a presque toujours des troubles digestifs assez marqués, ce qui peut être dû aussi bien à la maladie primitive qu'à la gêne qu'éprouve le tube digestif par suite de sa compression et de son déplacement. La *soif* est quelquefois vive; souvent elle n'est pas augmentée, à moins que le malade ne soit parvenu au dernier degré de la maladie. La prétendue soif insatiable des hydropiques est une erreur que certaines théories médicales ont propagée.

Du côté du *système nerveux*, on remarque un affaiblissement notable qui va toujours croissant, et qui est dû ordinairement aussi bien aux progrès de la maladie primitive qu'à ceux de l'ascite. On note parfois des *lypothymies*, des *syncopes*, de l'*accablement*, de l'*assoupissement*; mais ces phénomènes se manifestent principalement à une époque voisine de la mort.

La *maigreur* faisant sans cesse des progrès dans les ascites chroniques, il en résulte qu'à une certaine époque de la maladie on observe le contraste le plus frappant entre le développement de l'abdomen et la ténuité des autres parties du corps. Ce contraste se fait surtout remarquer aux extrémités, lorsqu'elles ne sont pas infiltrées de sérosité; mais l'infiltration existe très fréquemment, surtout aux extrémités inférieures qui, dans beaucoup d'affections, et surtout dans les affections du cœur, sont œdématiées avant que le liquide s'accumule dans le péritoine.

La *peau* se fait remarquer par sa sécheresse et son aspect terreux partout où il n'y a pas d'œdème. Quelquefois elle présente des ecchymoses et des taches brunâtres.

Tels sont les symptômes dans la plus grande partie du cours de la maladie. Lorsque la terminaison fatale devient prochaine, les digestions se troublent de plus en plus, le pouls devient petit, serré, accéléré; c'est alors surtout que la faiblesse est marquée, que l'assoupissement et l'oppression font des progrès; qu'on remarque les lipothymies et les syncopes, jusqu'à ce qu'enfin les malades succombent après une agonie plus ou moins longue.

Il est un accident qui mérite d'être mentionné : c'est la *rupture de la paroi abdominale*, par suite de sa distension et de son amincissement extrême. Il se fait alors une crevasse, qui a principalement pour siége la ligne blanche et même l'ombilic, surtout dans les cas de hernie ombilicale, et le liquide s'écoule continuellement. Cette rupture n'a ordinairement d'autre effet que de suspendre les signes de suffocation, et ne change rien à la marche de la maladie. On a cité cependant quelques cas où non seulement les principaux symptômes ont été améliorés, mais encore la guérison a eu lieu. On a vu, à la suite de la *paracentèse*, la piqûre rester ouverte, ce qui constitue un cas analogue. Quelquefois, l'œdème des extrémités inférieures étant devenu très considérable, c'est aux jambes que se font les éraillures par où s'écoule la sérosité, et cet écoulement ayant eu parfois les bons résultats que je viens d'indiquer, on a par des incisions cherché à imiter cette rupture. J'en parlerai dans l'exposé du traitement.

M. le docteur Hulcis (1) a cité un cas dans lequel une ascite indépendante de toute altération organique *se dissipa au cinquième accès d'une fièvre intermittente*. Pendant la période algide, il y avait une diurèse extrêmement considérable, à laquelle il faut attribuer la disparition de l'ascite. Si donc un pareil cas

(1) *Annales et Bull. de la Soc. de méd. de Gand*, mars 1847.

venait à se présenter, il ne faudrait pas se hâter de couper la fièvre : on devrait attendre que l'hydropisie eût complétement disparu.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La *marche* de l'ascite est très différente suivant les cas. Nous avons vu plus haut que, lorsqu'elle présente les caractères qui lui ont fait donner les noms de *sthénique* ou *active*, sa marche peut être très rapide : l'épanchement se forme promptement et peut se dissiper de même. Cependant la résorption est toujours beaucoup plus lente que l'accumulation, excepté dans quelques cas où l'on a vu, à la suite de flux considérables, se dissiper en peu de jours une ascite existant déjà depuis un temps assez long. J'aurai occasion de rappeler ces cas à propos du traitement. Lorsqu'il y a une *lésion organique* ou une *altération du sang*, il arrive fréquemment que l'épanchement de sérosité qui se forme lentement ne se résorbe plus; cependant ce n'est pas là une règle sans exception : dans les *maladies du cœur*, on a vu quelquefois l'ascite se produire et se dissiper à plusieurs reprises; et les choses peuvent se passer de même, ainsi que nous le constaterons plus tard, dans l'ascite dépendante de la *maladie de Bright*.

On voit par là qu'il est impossible de rien dire de précis sur la *durée* de la maladie; elle est tellement variable suivant les cas, que tout ce qu'il importe de savoir, c'est qu'on l'a vue se prolonger beaucoup; cependant on doit élever des doutes sur l'exactitude du diagnostic de ces cas où l'ascite aurait, suivant quelques auteurs, persisté pendant dix, quinze, vingt ans et plus. On ne doit pas oublier, en effet, que, jusqu'à une époque qui n'est pas très éloignée, une hydropisie enkystée de l'ovaire était presque toujours confondue avec l'ascite. J'aurai à revenir sur ce point à l'occasion de la *paracentèse*.

Il est rare que la *terminaison* funeste puisse être rapportée uniquement à l'influence de l'ascite. Presque toujours, en effet, cette terminaison, qui est la plus fréquente, est le résultat des progrès de la maladie organique dont l'ascite n'est qu'une conséquence. Cependant il faut reconnaître que l'épanchement péritonéal, en gênant le jeu des organes thoraciques et abdominaux, tend à accélérer cette terminaison mortelle; c'est surtout lorsque l'épanchement est très abondant qu'il a cet effet. Il n'est pas extrêmement rare de voir des ascites se terminer par la guérison; celles qui sont dans les conditions les plus favorables pour que ce résultat soit obtenu sont l'ascite active ou par irritation, celle qui succède à la scarlatine, et celles qui sont consécutives à un appauvrissement du sang.

§ V. — Lésions anatomiques.

Si, comme nous devons le faire, nous mettons de côté les lésions appartenant à la maladie qui a donné naissance à l'ascite, nous ne trouverons qu'un petit nombre d'altérations qu'il importe réellement de connaître.

Dans le cas où il a existé une hydropisie active, et où le malade a promptement succombé, on ne trouve autre chose qu'une accumulation plus ou moins considérable de sérosité citrine, le péritoine se présentant avec des caractères normaux. Mais, lorsque l'affection est ancienne, ce qui est le cas de beaucoup le plus fréquent, on note la blancheur, l'épaississement, l'opacité de la membrane périto-

néale ; c'est une espèce de macération qui a été principalement signalée par M. Bouillaud. Parfois aussi cette membrane présente des plaques laiteuses, et dans quelques points un petit nombre d'adhérences qui sont étrangères à l'affection qui nous occupe, ou qui sont le résultat d'une complication inflammatoire. On a trouvé quelquefois une couche albumineuse mince sur le péritoine. En rapprochant ce fait du résultat des recherches de M. Delaharpe (1), il est permis de regarder cette couche comme un simple dépôt de la matière albumineuse contenue dans le liquide épanché. Quant aux autres lésions du péritoine et des organes qu'il recouvre, elles sont très variables et n'auraient point d'intérêt réel pour nous.

La quantité de liquide contenu dans le péritoine est très différente suivant les cas.

Chez quelques sujets dont le ventre était extraordinairement dilaté, on a trouvé jusqu'à 50 et même 100 kilogrammes de sérosité ; ordinairement la quantité en est beaucoup moins considérable. Les quantités du liquide ne sont pas moins variables. Parfois on trouve seulement une sérosité limpide plus ou moins incolore ou plus ou moins colorée en jaune; parfois on voit nager dans cette sérosité des flocons albumineux plus ou moins abondants ; et parfois enfin le liquide est épais, d'une couleur qui varie du jaune au roux et au brun. Ordinairement l'odeur que répand ce liquide est simplement fade, parfois elle est nauséabonde, et quelquefois enfin elle a une fétidité très marquée ; dans ce dernier cas, il existe souvent une lésion des organes qui a communiqué l'odeur à la sérosité. Quelquefois cependant il suffit d'une paracentèse antérieure pour que le liquide inodore, ou presque inodore d'abord, acquière ensuite une fétidité marquée.

Enfin on observe dans la paroi abdominale l'amincissement des muscles, la distension des aponévroses, l'écartement de leurs fibres, les éraillures de la peau, et parfois une dilatation des anneaux fibreux qui a permis à diverses hernies de se former.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

En donnant la description des symptômes propres à l'ascite, j'ai établi le diagnostic positif de cette affection ; il serait, par conséquent, inutile d'y revenir ici, et je me bornerai à présenter son *diagnostic différentiel*, ainsi que le *diagnostic des causes organiques* qui la produisent.

Une affection que l'on peut facilement confondre, et que l'on a très longtemps confondue avec l'hydropisie ascite, est l'*hydropisie enkystée des ovaires*. Voici le moyen de distinguer ces deux épanchements. Nous avons vu que dans l'ascite (et dès 1826, M. Rostan avait insisté sur ces caractères), il existe un son tympanique dans un espace compris entre l'épigastre et une ligne courbe qui, partant d'un certain point du rebord des fausses côtes, se porte plus ou moins haut sur la partie antérieure de l'abdomen, et quelquefois s'élève au-dessus de l'ombilic. En outre, si l'on fait varier la position du malade, le niveau du liquide varie avec elle. Dans l'hydropisie enkystée, au contraire, les intestins étant repoussés d'un côté à l'autre, la fluctuation se fait sentir jusqu'à la partie moyenne et supérieure de l'abdomen, tandis que le son tympanique se trouve dans le côté opposé ; si l'on fait varier la position du malade, les choses restent dans le même état. Enfin,

(1) [illegible]

comme, dans l'hydropisie enkystée de l'ovaire, les parois du kyste ont presque toujours une épaisseur assez considérable, la matité s'y trouve plus grande que dans l'épanchement péritonéal. En outre, si l'on interroge avec soin le malade, on parvient à découvrir que la maladie a commencé par une tumeur d'abord peu volumineuse, circonscrite dans une des fosses iliaques. Il est bien rare que ces signes différentiels ne suffisent pas pour lever tous les doutes.

Les mêmes considérations s'appliquent à l'*hydropisie enkystée du péritoine ;* mais j'y reviendrai dans l'article suivant.

On a encore cité, comme pouvant donner lieu à des erreurs de diagnostic, l'accumulation d'eau dans la cavité utérine ou *hydrométrie*. Pour éviter ces erreurs, il faudra avoir égard aux résultats de la palpation et de la percussion, ainsi qu'au trouble des fonctions de l'utérus, et à l'examen par le toucher vaginal et rectal.

Dans l'hydrométrie commençante, on trouve une tumeur occupant seulement la partie moyenne de l'hypogastre et donnant lieu à une matité à convexité supérieure, tandis que la matité de l'ascite est précisément en sens inverse ; de plus, les fosses iliaques restent encore sonores, tandis que cette matité remonte à plusieurs travers de doigt au-dessus du pubis, et ce caractère, s'il est bien constaté, suffit pour assurer le diagnostic. A une époque où la maladie est plus avancée, la matrice peut être assez développée pour que ces signes diagnostiques soient beaucoup moins précis ; cependant, avec un peu d'attention, on les découvre encore, et de plus on constate que les menstrues sont supprimées, que le col de la matrice est plus ou moins effacé ; enfin, à l'aide du toucher rectal, on distingue la distension considérable et la pesanteur du corps de cet organe.

Il paraît difficile, au premier abord, de prendre pour une ascite une simple *grossesse utérine ;* cependant c'est ce qui est arrivé, et l'on ne peut douter que quelquefois le diagnostic ne présente quelques difficultés. On aura recours, pour l'établir, aux mêmes signes physiques que je viens d'indiquer pour l'hydrométrie, et en outre on constatera par l'auscultation le bruit placentaire et les doubles battements du cœur du fœtus, et, par l'exploration de l'utérus, le ballottement qui ne laissera aucun doute sur l'existence de la grossesse.

Quelquefois on a pris pour une hydropisie ascite une simple *rétention d'urine.* Il suffit presque de signaler la possibilité de cette méprise pour la faire éviter. Cependant j'indiquerai un moyen bien simple qui consiste dans le cathétérisme, parce que, quand il s'agit de diagnostic, on ne doit rien négliger.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de l'ascite et de l'hydropisie enkystée des ovaires.*

ASCITE.	HYDROPISIE ENKYSTÉE DES OVAIRES.
Abdomen plus ou moins *aplati.*	Abdomen quelquefois *irrégulier*, généralement *globuleux.*
Son tympanique dans un *espace compris entre* une ligne contournant *l'ombilic et l'épigastre.*	Son tympanique *dans le côté* du ventre *opposé à celui de l'ovaire malade.*
Matité *d'autant plus grande qu'on s'éloigne de cet espace* et qu'on s'approche des parties déclives.	Matité *plus considérable ; à peu près égale* dans toute l'étendue du kyste.
Changement de rapports de la sonorité et	*Point de changement de rapports* entre la

de la matité *quand on fait changer la position du malade*.	matité et la sonorité *dans les changements de position*.
Fluctuation généralement *plus facile*.	Fluctuation généralement *moins facile*.

2° *Signes distinctifs de l'ascite et de l'hydrométrie.*

ASCITE.	HYDROMÉTRIE.
Matité *à concavité supérieure* autour de l'ombilic.	Matité *à convexité supérieure*.
Au début, *les flancs et les fosses iliaques donnent un son mat*, l'hypogastre conservant sa sonorité.	Au début, *les flancs et les fosses iliaques donnent un son clair*, l'hypogastre donnant un son mat.
Les menstrues peuvent *persister*.	Menstrues *supprimées*.
Le col de la matrice reste *normal*.	Col de l'utérus *effacé*.
Par le toucher rectal on constate que *le corps de l'utérus est à l'état normal*.	Par le toucher rectal on constate que *le corps de l'utérus a augmenté de volume*.

3° *Signes distinctifs de l'ascite et de la grossesse.*

ASCITE.	GROSSESSE.
Outre les signes précédents :	Outre les signes précédents :
Absence du bruit placentaire et des *doubles battements* du cœur du fœtus.	*Bruit placentaire*, *doubles battements du cœur et du fœtus*.
On ne peut obtenir le ballottement.	*Ballottement*.

Il nous reste maintenant à chercher quels sont les signes qui servent à déterminer les conditions organiques sous l'influence desquelles se produit l'ascite.

Si nous envisageons d'abord l'ascite *active*, *sthénique*, nous voyons qu'il est souvent bien difficile de s'assurer de son existence, du moins si sous ces dénominations on veut entendre un épanchement de sérosité dû uniquement à une augmentation d'activité des fonctions sécrétoires du péritoine. On sera néanmoins porté à admettre que les choses se sont passées ainsi dans les cas où, sous l'influence d'une violence extérieure, des diverses variations de la température, de l'ingestion de l'eau froide, on aura vu survenir l'ascite avec un certain cortége de symptômes inflammatoires, tels que l'accélération du pouls, la douleur du ventre, la chaleur, etc.

Il est, en général, très facile de s'assurer que l'ascite est la *conséquence d'un exanthème* qui a plus ou moins complétement disparu. Ces maladies, en effet, étant connues de tout le monde, et ayant des caractères extérieurs bien tranchés, ne passent guère inaperçues. Mais il est des cas où l'éruption a été peu abondante, irrégulière, ou même a manqué complétement ; le médecin doit alors s'enquérir de tous les antécédents du malade, et examiner avec soin toutes les parties du corps. S'il apprend qu'avant l'apparition de l'ascite il a existé une fièvre intense, avec mal de gorge, il soupçonnera l'existence d'une scarlatine, qui est, comme on sait, l'affection cutanée dans la convalescence de laquelle se produit le plus souvent cette hydropisie ; il ne conservera aucun doute, si dans les divers points du corps, et surtout au milieu des articulations, il trouve la desquamation propre à l'exanthème.

Dans la plupart des cas, il n'est pas très difficile de reconnaître quelle est la *lésion organique* qui donne lieu à l'ascite. Cependant il en est quelques uns où l'on

peut éprouver de grandes difficultés. Voyons comment, dans les principaux, on peut arriver au diagnostic.

Dans les *maladies du cœur*, les extrémités inférieures, ainsi que nous l'avons constaté, se prennent les premières, et de plus, nous devons rappeler que les affections de cet organe dans lesquelles l'hydropisie est portée assez loin pour qu'il y ait une ascite sont les rétrécissements des orifices, et plus rarement la simple hypertrophie. Or ces affections donnent lieu à des signes locaux qu'il serait inutile de reproduire ici, mais que le praticien doit avoir toujours présents à l'esprit (1).

L'ascite qui est due à *l'oblitération de la veine cave* est également précédée d'une infiltration des membres inférieurs; mais les symptômes locaux que je viens de rappeler manquent en pareil cas du côté du cœur, à moins de complication; et en outre, comme c'est presque toujours par des tumeurs volumineuses que la veine cave est oblitérée, on a, pour confirmer le diagnostic, les signes auxquels celles-ci donnent lieu.

Les *maladies du foie* qui produisent l'ascite n'agissant ordinairement que sur les extrémités hépatiques de la veine porte, il en résulte que la circulation veineuse abdominale est seule gênée, et que l'ascite s'y manifeste avant qu'aucun signe d'hydropisie se soit montré dans un autre point du corps. Quelquefois cependant la veine cave peut se trouver comprimée par suite du développement de tumeurs volumineuses, et alors il y a une complication qui jette de l'obscurité sur le diagnostic. Le développement très considérable des veines abdominales est, comme nous l'avons vu, un résultat des maladies du foie, qui oblitèrent plus ou moins les ramifications de la veine porte, et c'est par conséquent un signe utile pour le diagnostic.

N'envisageant ici la question que sous le point de vue général, je ne dois pas rechercher quels sont les signes auxquels on reconnaît que l'ascite est due à telle ou telle maladie du foie. Sous ce rapport, je dois me contenter de renvoyer le lecteur aux descriptions contenues dans la première partie de ce volume.

L'ascite qui est due à la *maladie de Bright* est précédée fréquemment par un œdème de diverses parties du corps. Lorsqu'il en est ainsi, on ne peut guère avoir de doute sur l'existence de l'altération particulière des reins qui caractérise cette maladie; mais ce signe ne se rencontrât-il pas, on en trouverait, dans la présence de l'albumine dans les urines, un autre qui lèverait les difficultés.

Enfin les hydropisies dues à l'*appauvrissement du sang* seront reconnues à l'état de langueur des individus, aux mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles ils se seront trouvés, aux pertes de sang abondantes et multipliées qu'ils auront éprouvées, aux bruits de souffle dans les vaisseaux, et surtout à l'absence des conditions organiques qui viennent d'être mentionnées.

Il faut convenir, en terminant, que, malgré la plus scrupuleuse attention, on peut, dans quelques cas et à certaines époques de la maladie, être fort embarrassé pour savoir quelle est la véritable cause organique de l'ascite; mais il est bien rare qu'en suivant la marche de la maladie on n'arrive pas d'une manière précise à ce diagnostic.

Pronostic. Après ce que j'ai dit de la *terminaison*, un mot suffit pour le pro-

(1) Voy. t. II, *Maladies du cœur*.

nostic. L'espèce d'ascite la moins grave est l'*ascite dite sthénique;* vient après l'*ascite par appauvrissement du sang.* La plus grave est celle qui résulte d'un *obstacle mécanique* à la circulation.

§ VII. — Guérison spontanée de l'ascite.

Avant d'exposer le traitement, je dois dire quelques mots d'une terminaison que je n'ai fait qu'indiquer plus haut. Elle nous fera connaître, en effet, certains phénomènes critiques qui doivent mettre sur la voie des indications principales. Je veux parler de la *guérison spontanée* de l'ascite, sur laquelle M. Mondière (1) a fait des recherches intéressantes.

Ce médecin a cité un assez grand nombre de faits empruntés aux divers recueils, et desquels il résulte que l'ascite peut disparaître à la suite de certains flux abondants survenus plus ou moins rapidement. Ces diverses *crises* sont les suivantes :

1° *Crises par les urines.* Ce sont de beaucoup les plus fréquentes. La quantité d'urine rendue est très considérable : c'est ainsi que chez une femme observée par M. Mondière, il y eut une excrétion d'urine qui s'éleva à *trente pintes* en soixante-douze heures, et que chez une autre, dont J. Penada (2) nous a donné l'histoire, la quantité de liquide fut de 384 livres en quatre-vingt-seize heures. On pourrait multiplier ces exemples. En 1834, M. Graves en a publié un (3) fort remarquable.

2° *Crises par le vomissement.* Les faits de ce genre sont plus rares, mais plus curieux. M. Mondière en rapporte plusieurs, empruntés à l'ancien *Journal de médecine* et à l'ouvrage de Bacher (4). On se demande, en les lisant, s'il ne s'agit, en pareil cas, que d'un simple vomissement, ou s'il y a eu communication de la cavité du péritoine et des poumons à travers le diaphragme : ce qui ne paraîtra pas improbable, si l'on se rappelle que des perforations semblables donnent lieu à l'écoulement au dehors de plusieurs abcès de l'abdomen. Toutefois ce ne sont là que des suppositions.

3° *Crises par les selles.* Dans quelques circonstances, et l'on en trouve des exemples non seulement dans les auteurs anciens, mais encore dans les recherches récentes (5), des selles aqueuses extrêmement abondantes ont fait disparaître en peu de jours des ascites considérables qui avaient résisté à un grand nombre de moyens.

4° *Crises par les sueurs.* C'est ordinairement par des *sueurs générales*, d'une abondance extrême, que se produisent les crises de ce genre. Je me bornerai à citer pour exemple une observation de M. Bricheteau (6), dans laquelle on voit une *ascite active* se terminer spontanément de cette manière. M. Mondière en rapporte plusieurs autres.

5° *Crises par la salivation.* Les cas de ce genre sont beaucoup plus rares. M. Mondière n'en a trouvé qu'un cité par Fabre (7).

(1) Journal *l'Expérience*, t. VII, p. 417 et 432.
(2) *Saggio d'osservaz.;* Padoue, 1793.
(3) Extrait dans *Arch. gén. de méd.*, 2e série, t. VI, p. 559.
(4) *Recherches sur les hydrop.;* Paris, 1776.
(5) Voy. *Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. X, obs. de M. Martin-Solon ; ANDRAL, *Thès. pour l'agrég.*, *Ann. univers. di med.;* mai 1840.
(6) *Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. XXX, 1832.
(7) *Obs. de chir.;* Avignon, 1778.

6° *Crises par écoulement vaginal.* Les crises de ce genre les plus remarquables sont celles qui déterminent la guérison de l'ascite chez les femmes grosses. Désormeaux (1) en a vu plusieurs exemples. Mais n'y a-t-il pas eu parfois rupture d'un point du vagin?

7° *Crises par des surfaces sécrétoires accidentelles.* Quoique M. Mondière ait rapporté et cité plusieurs faits très curieux qui prouvent que des flux critiques peuvent avoir lieu par des blessures de la langue ou de toute autre partie du corps, on doit considérer ces cas comme entièrement exceptionnels, sauf cependant ceux dans lesquels la surface fluente résulte de scarifications; mais nous aurons à en parler dans le paragraphe suivant.

8° Enfin on a vu des ascites disparaître très promptement *sans évacuation critique*; mais je me borne à mentionner le fait, parce qu'il ne peut évidemment nous fournir aucune indication thérapeutique.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur ces divers flux critiques, nous voyons que les principaux sont, sans contredit, ceux qui ont lieu par les urines, par les selles, par le vomissement et par les sueurs; or, de tout temps, on a trouvé dans ces faits des indications capitales, sur lesquelles on a, comme on va le voir, fondé les principes du traitement.

§ VIII. — Traitement.

Il est inutile de suivre, dans l'exposé du traitement, la division que j'aie établie plus haut. Il suffira, à propos de chaque indication, de dire à quelle espèce d'ascite elle convient plus particulièrement.

Émissions sanguines. Les émissions sanguines ne sont guère mises en usage que dans les cas où l'ascite a débuté par des symptômes aigus, et dans l'ascite traumatique. Ce sont là les *hydropisies par irritation*, signalées principalement par Broussais et Boisseau. S'il y a de l'excitation générale, une dureté du pouls un peu marquée, de la chaleur à la peau, on n'hésite pas à pratiquer la *saignée générale* et à la renouveler si le cas paraît l'exiger. Lorsque les douleurs du ventre sont vives, on a particulièrement recours aux *sangsues* appliquées sur l'abdomen ou à l'anus, et qu'on peut remplacer par des *ventouses scarifiées.* Je n'en dirai pas davantage sur un moyen dont tout le monde comprend facilement l'application.

Diurétiques. Il n'est pas d'espèce d'ascite qui ne soit traitée par les diurétiques. Ces médicaments sont donnés ordinairement à l'intérieur, mais on les a aussi appliqués à l'extérieur. Il importe donc de les considérer dans ces deux modes d'administration.

1° *Diurétiques à l'intérieur.* La *scille*, sous différentes formes, a été administrée depuis longues années dans les diverses hydropisies, sans en excepter l'ascite. La préparation qui convient le mieux est l'*oxymel scillitique* (vinaigre scillitique, 1 partie; miel, 2 parties) qu'on donne à la dose de 10 à 30 grammes dans un ou deux pots de tisane. Le docteur Demangeon (2) conseillait d'employer concurremment la scille avec le calomel dans les *ascites par affection du foie.* Nous retrouverons cette substance dans plusieurs préparations.

(1) *Dict. de méd.*, t. XVIII.
(2) *Rec. périod. de la Société de médecine de Paris*, an XIV.

La *digitale* est un médicament plus fréquemment employé encore. On pourrait citer un grand nombre d'auteurs qui, depuis Brastrup (1), l'ont administré sous les formes les plus diverses. Cette substance agit non seulement comme diurétique, mais encore comme sédatif de la circulation ; aussi est-ce dans les cas d'*ascite par affection du cœur* qu'on l'a particulièrement prescrite. On trouve dans le *Formulaire* de M. Foy la tisane suivante :

℞ Digitale fraîche........	8 gram.	Sucre blanc..........	16 gram.

Triturez le tout ensemble, et versez dans :

Eau bouillante.................................. 1000 gram.

Passez. Ajoutez :

Sirop de sucre.................................. 64 gram.

A prendre par petites tasses, dans la journée.

On donne encore ce médicament en *poudre* à la *dose de* 10 *à* 40 *et* 50 *centigrammes*, graduellement, et avec beaucoup de précaution chez l'adulte, et à celle de 1 *à* 10 *centigrammes* chez les enfants. On le fait aussi entrer dans plusieurs préparations dont j'indiquerai quelques unes plus loin.

Il est un médicament qui a été particulièrement vanté, c'est la *racine de caïnça*. Suivant MM. François et Caventou, le principe actif de cette racine est éminemment diurétique, et la diurèse augmente à mesure qu'on continue son administration. M. Fouquier prescrit ce médicament ainsi qu'il suit :

℞ Poudre de caïnça.......	4 gram.	Sirop de miel...............	Q. s.
Gomme en poudre......	1,50 gram.		

Pour un électuaire. A prendre la dose entière, une ou deux fois par jour.

On donne encore le *vin de caïnça* fait comme il suit :

℞ Caïnça.................	30 gram.	Vin de Malaga..........	500 gram.

Faites macérer pendant huit jours ; filtrez. Dose : de cinq à dix cuillerées et plus dans la journée.

On emploie fréquemment les *bourgeons de sapin*, qui sont principalement donnés sous forme de tisane. La tisane suivante, dans laquelle entre le *nitrate de potasse*, est fort usitée :

℞ Bourgeons de sapin.................... 10 gram.

Faites infuser dans :

Eau................................ 1000 gram.

Passez. Ajoutez :

Vin blanc.............	250 gram.	Nitrate de potasse.........	1 gram.

Il n'est pas jusqu'à l'*urée* (Laënnec) et aux *cantharides* qui n'aient été administrées dans le but de guérir l'ascite. Mais nous n'avons que des notions trop vagues sur l'action de ces médicaments en pareil cas, pour qu'il soit utile d'en parler en détail.

M. le docteur Mazade (2) a cité des cas de guérison par le *nitrate de potasse* à la dose de 8 à 16 grammes en solution. Ces faits prouvent que dans certaines cir-

(1) *Act. reg. Soc. med.*; Havn. 1791.
(2) *Bull. gén. de thér.*, mars 1847.

constances ce traitement est très efficace ; mais comme d'un autre côté on a vu des morts subites survenir pendant l'administration du nitrate dans le rhumatisme, on peut craindre un pareil accident dans les cas d'ascite, ce qui rendra très réservé dans l'emploi de ce moyen.

M. le docteur Forget, de Strasbourg (1), a cité un cas d'ascite consécutive à une péritonite qui, après avoir résisté aux purgatifs et aux diurétiques de toute espèce, se dissipa sous l'influence de l'*acétate de potasse*, administré comme il suit :

℞ Acétate de potasse........	15 gram.	Sirop..................	30 gram.
Eau..................	150 gram.		

A prendre dans la journée.

L'action de ce médicament fut secondée par des frictions avec la teinture de scille et de digitale sur l'abdomen, et par l'infusion de genièvre pour tisane.

Je pourrais encore citer un grand nombre de diurétiques, tels que l'*extrait d'asperges*, le sirop de *pointes d'asperges*, etc.; mais il suffit de les indiquer pour que chacun en trouve facilement l'application. Il est préférable de donner la formule de quelques *médicaments diurétiques composés* dont l'usage a été reconnu utile.

Vin diurétique anglais.

℞ Cannelle en poudre........	12 gram.	Squames sèches de scille...	ãã 4 gram.
Racine de zédoaire.........	8 gram.	Rhubarbe en poudre......	
Carbonate de potasse......	6 gram.	Baies de genièvre broyées..	

Faites macérer dans un litre de vin blanc vieux, et filtrez. Dose : trois ou quatre verres par jour.

Potion diurétique.

℞ Digitale fraîche........................ 4 gram.

Faites infuser dans :

Eau.................................. 125 gram.

Passez. Ajoutez :

Oxymel scillitique.......	16 gram.	Sirop d'éther...........	32 gram.

A prendre par cuillerées dans la journée.

Le docteur Richter (2) recommande la formule suivante :

℞ Oxymel scillitique....	ãã 120 gram.	Acétate de potasse.........	15 gram.
Eau de fleurs de sureau			

Mêlez. Dose : d'une à deux cuillerées à bouche, trois fois par jour.

On pourrait multiplier ces formules à l'infini.

M. le docteur Teissier, de Lyon (3), a rapporté un cas d'ascite avec albuminurie guérie par l'emploi du *vin scillitique laudanisé* dont voici la préparation :

« On prend, dit l'auteur, un demi-litre de vin blanc sec ordinaire ; on fait macérer à froid, pendant douze heures, dans ce vin blanc, 8 grammes de poudre de scille fraîchement pulvérisée ; au bout de ce temps on filtre le vin blanc, ou bien on le passe à travers un linge très fin, et l'on ajoute 60 gouttes de laudanum de Sydenham. Je

(1) *Gaz. méd. de Strasbourg*, avril 1846.
(2) *Spec. ther.*
(3) *Bull. gén. de thérap.*, août 1847, p. 97 et suiv.

préfère le vin blanc ordinaire au vin d'Espagne, avec lequel on fait le vin scillitique du Codex. Le vin blanc sec ordinaire est mieux supporté par l'estomac, et puis il est par lui-même un très bon diurétique. Le vin d'Espagne se conserve mieux, il est vrai, mais ce n'est là qu'une chose peu importante : il suffit de ne préparer qu'une petite quantité à la fois du médicament pour ne pas être exposé à le voir se décomposer. Il n'est pas utile qu'on puisse le conserver dans les officines, puisque sa préparation peut se faire en quelques heures.

» Lorsqu'on a affaire à des personnes ayant l'estomac ou les intestins facilement irritables, on peut diminuer la dose de poudre de scille et la réduire à 4 grammes. A cette dose, l'effet diurétique se produit encore d'une manière sensible. Ainsi voici la formule :

Vin blanc..............	demi-litre.	Laudanum...............	40 ou 60 gout.
Poudre de scille..........	4 ou 8 gram.		

» On commence par administrer deux fois par jour une cuillerée à bouche du médicament : une le matin, à jeun, et une autre le soir, trois heures après avoir mangé. Chaque cuillerée doit être prise dans un verre d'eau pure ou sucrée. Si le médicament est bien supporté par l'estomac, on peut, au bout de quelques jours, en élever la dose à trois ou quatre cuillerées par jour. Ordinairement l'effet diurétique commence à se produire dès le second ou le troisième jour. »

2° *Diurétiques à l'extérieur.* On a essayé, et quelquefois avec succès, d'appliquer simplement sur l'abdomen les *diurétiques*, sous forme de *fomentations* ou de *frictions*. MM. Trousseau et Chrestien ont cité quelques faits intéressants à l'appui de cette médication, et ce qu'il y a eu de remarquable dans les cas qu'ils ont rapportés, c'est que, malgré la disparition ou la diminution de l'ascite, il n'y a pas eu toujours augmentation de la quantité des urines. M. Trousseau conseille d'agir ainsi :

℞ Teint. éthérée de digitale / de scille..	āā 60 gram.	Eau..........................	180 gram.

Imbibez une flanelle ; appliquez-la sur le ventre, et recouvrez-la d'un taffetas gommé.

M. Chrestien vante les frictions avec le liquide suivant (1) :

℞ Digitale pourprée.....	30 gram.	Alcool.................,	90 gram.

Frictionnez avec une flanelle.

Purgatifs. Les médicaments de ce genre ont été donnés pour provoquer ou pour favoriser les excrétions intestinales abondantes que nous avons vues constituer plus haut les crises par les selles. Il serait sans doute superflu de passer en revue tous les purgatifs qui ont été donnés dans cette intention ; mais il en est un certain nombre qui ont été particulièrement préconisés, et que, pour ce motif, il importe d'indiquer avec quelques détails.

Je mentionnerai d'abord l'infusion de *seconde écorce de sureau*, qui a été vantée par Sydenham comme un des plus puissants hydragogues. Boerhaave lui a donné les mêmes éloges. Il est donc important de soumettre ce médicament, aujourd'hui presque entièrement oublié, à de nouvelles expériences. Voici la formule qu'employait Sydenham :

(1) Voy. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. VI.

℞ Seconde écorce de sureau.. 3 poign.	Lait.................... 500 gram.
Eau.................... 500 gram.	

Faites bouillir jusqu'à réduction de moitié. A prendre, moitié le matin et moitié le soir.

Ce remède agit non seulement comme purgatif, mais encore comme vomitif.

Gaubius, qui avait également confiance dans l'écorce de sureau, prescrivait la potion suivante :

℞ Suc d'écorce fraîche de sureau. 30 gram.	Sirop de violettes.......... 15 gram.

A prendre par cuillerée, de demi-heure en demi-heure. S'arrêter si l'effet était trop violent.

M. le docteur Réné Van Oye (1) a rapporté des cas d'hydropisie ascite guéris par le *suc de la racine fraîche de sureau* uni à quantité égale de bière jeune. Il commence par 60 grammes de suc et élève ensuite cette dose jusqu'à 120 grammes par jour. Cette médication produit des vomissements et une superpurgation. Malheureusement M. Van Oye a oublié de spécifier les cas.

L'*élatérium*, que nous avons vu très souvent employer dans les maladies du cœur, l'est surtout lorsque ces affections s'accompagnent d'hydropisie; c'est encore un médicament énergique qu'il faut donner avec assez de précaution. On peut prescrire la teinture d'élatérine, qui est ainsi composée :

℞ Élatérine............. 0,05 gram.	Acide nitrique.......... 0,20 gram.
Alcool................ 32 gram.	

Trente-six à quarante gouttes dans un demi-verre d'eau sucrée.

Pour les autres préparations, je renvoie le lecteur à ce qui en a été dit à propos de l'hypertrophie du cœur (2).

Le *colchique* est encore une substance qui jouit d'une grande réputation comme hydragogue. Deux observations ont été publiées par M. le docteur Lalaurie (3), dont la seconde est relative à une hydropisie ascite dans laquelle le vin de colchique fut donné à la dose d'une cuillerée matin et soir : la malade fut promptement guérie. Déjà Storck (4) avait prescrit le colchique dans les hydropisies, après avoir constaté sa grande influence sur l'excrétion urinaire; un grand nombre d'autres auteurs l'ont employé dans les mêmes circonstances. Carminati le donnait sous forme *d'oxymel*, et M. Chailly (5) a, comme M. Lalaurie, cité un cas de guérison par le *vin de colchique*, dont voici la composition :

℞ Bulbes de colchique frais.................. 100 gram.

Faites macérer pendant huit jours dans :

Vin de Malaga. .... 60 gram.	Alcool à 22°........... 10 gram.

Vingt à trente gouttes dans une potion. Élever la dose successivement et avec précaution.

Je pourrais citer encore la *coloquinte*, la *gomme-gutte*, l'*huile de croton*, d'*épurge*, et un grand nombre d'autres purgatifs; mais comme ils ne présentent rien de particulier, je pense qu'il suffit de les mentionner; on en trouvera facile-

(1) *Ann. de la Soc. de méd. de Roulers*, 1849.
(2) *Voy.* t. III.
(3) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*
(4) *Libell. de colch. autumn. rad.*
(5) *Revue médic.*, juin 1838.

ment l'application. Je dirai seulement un mot de la *scammonée*, qui est, elle aussi, regardée comme un excellent *hydragogue*, et j'indiquerai ensuite quelques formules particulières de purgatifs.

La *scammonée* n'est presque jamais donnée pure ; elle fait partie de la poudre d'Ailhaut, très renommée dans le traitement des hydropisies, et dont voici la composition :

Poudre d'Ailhaut.

℞ Scammonée.............	4 gram.	Colophane..................	8 gram.
Suie....................	6 gram.		

Divisez en paquets de 2 grammes, dont on fait prendre un le matin.

Ce médicament agit comme purgatif drastique ; il fait encore partie de l'électuaire suivant employé par M. Fouquier.

Électuaire hydragogue de M. Fouquier.

℞ Scammonée d'Alep..... } Jalap................. }	ââ 15 gram.	Scille en poudre............	10 gram.
		Racine de jalap.............	5 gram.

Mêlez. Ajoutez :

Sirop de nerprun.............................. Q. s.

A prendre de 60 à 130 centigrammes par jour.

Les *pilules de Bontius*, qui ont été également très préconisées, sont composées ainsi qu'il suit :

Pilules de Bontius.

℞ Aloès succotrin.......	5 parties.	Diagrède soufré (1)........	2 parties.
Gomme-gutte dissoute dans du vin d'Espag. } Ammoniaque .... }	ââ 3 parties.	Sulfate de potasse.........	1 partie.
		Sirop de nerprun.........	Q. s.

Faites des pilules de 0,20 grammes. Dose : de 2 à 6 par jour.

Je citerai encore les *pilules de Bacher* et celles de *Barclay*. Les premières sont ainsi composées :

℞ Extrait œno-alcoolique d'ellébore noir............	60 gram.	Extrait de myrrhe...........	60 gram.
		Poudre de chardon-bénit.....	30 gram.

Faites une masse pilulaire. Divisez en pilules de 0,20 grammes, qu'il faut tenir renfermées dans un flacon bien bouché. A prendre 3 ou 4 par jour.

Voici la formule des pilules de Barclay :

℞ Extrait de coloquinte composée	10 gram.	Émétique..............	0,40 gram.
Résine de jalap..........	5 gram.	Essence de genièvre.... } de carvi....... } de romarin.... }	ââ 0,20 gram.
Savon amygdalin........	5 gram.		
Gayac.................	15 gram.	Sirop de nerprun.......	Q. s.

Faites des pilules de 0,20 grammes. Dose : de 5 à 6 par jour.

Je n'ai pu, dans tout ce qui précède, appliquer d'une manière précise l'emploi des purgatifs aux divers cas d'ascite, parce que cette question thérapeutique n'a

(1) Le *diagrède soufré* est fait avec de la scammonée qu'on étend sur du papier au-dessus d'un réchaud dans lequel on jette du soufre par petites parties. On remue jusqu'à ce que la résine commence à fondre.

pas été étudiée sous ce point de vue. Tout ce que je peux donc dire ici, c'est qu'avant d'employer les divers drastiques qui viennent d'être passés en revue, on doit examiner attentivement l'état de l'intestin et les forces du malade, car il y aurait de l'imprudence à les mettre en usage sur des individus profondément débilités, et dans ces cas, du moins, on devrait ne les employer qu'avec beaucoup de prudence. Chez les enfants, on ne doit procéder d'abord que par de très petites doses, qu'on élèvera ensuite avec précaution.

Vomitifs. Nous avons fait connaître les doutes qui s'élèvent sur la réalité des crises par le vomissement; cependant, comme quelques auteurs ont trouvé que les vomitifs étaient réellement utiles, on peut les mettre en usage. Nous avons vu d'ailleurs que, parmi les drastiques précédents, il y en avait qui provoquaient le vomissement, et ce sont les plus vantés. Il est inutile d'employer d'autres vomitifs que les vomitifs ordinaires.

Quelques médecins se sont bornés à donner de simples *expectorants*. L'*aunée* est la substance la plus employée dans ce but; elle entre dans les pilules suivantes:

℞ Extrait d'aunée:......	8 gram.	Scille en poudre.........	60 gram.

F. s. a. 36 pilules. Dose : de 2 à 4 par jour.

Sudorifiques. Les *sudorifiques* sont beaucoup moins employés contre l'ascite que contre l'anasarque; cependant nous avons vu plus haut qu'on avait observé plusieurs fois des *crises par les sueurs.* Les médicaments de ce genre ne doivent donc pas être négligés. Il suffit d'indiquer ici les infusions de *bourrache*, de *mélisse*, *fleurs de sureau*, etc.; mais il importe de parler d'une manière particulière des *bains de vapeur simple* ou *sulfureuse* qui ont été administrés par quelques médecins. Le docteur Gassaud (1) a rapporté quatre cas d'ascite guéris par les bains de vapeur sulfureuse, et d'autres ont cité des cas semblables dans lesquels on a mis en usage la simple vapeur d'eau. La *vapeur des baies de genièvre* est, comme on sait, employée dans les cas d'anasarque; on pourrait l'essayer dans les cas d'ascite, surtout s'il y avait en même temps œdème. Ces moyens seraient surtout indiqués si une certaine moiteur se manifestait spontanément à la peau.

Narcotiques. Les *narcotiques* ou *stupéfiants* ont été également préconisés. Quelle est leur action, et dans quels cas agissent-ils? C'est ce qu'il serait bien difficile de dire. Je me borne donc à indiquer, comme ayant été employés, l'*opium*, la *ciguë*, l'*aconit*, la *laitue vireuse*, et même le *tabac*. Ce n'est qu'avec précaution qu'on doit administrer ces substances, dont on doit néanmoins porter graduellement la dose à un degré assez élevé.

Toniques; amers; ferrugineux. Les médicaments de ce genre sont principalement dirigés contre les ascites avec appauvrissement du sang. P. Frank (2) a vivement recommandé le *quinquina*, qui doit être donné en décoction ou sous forme d'extrait. Le docteur Schmidt (3) unit la *gentiane* à la digitale de la manière suivante :

℞ Digitale...............	1,25 gram.	Eau bouillante.............	200 gram.
Racine de gentiane.....	4 gram.		

(1) *Nouv. bibl. méd.*, fév. 1829.
(2) *Traité de médecine pratique*; Paris, 1842, t. II, p. 119.
(3) *Beitr.*, etc., 1833.

Infusez. Ajoutez :

Oxymel scillitique .... 30 gram.

Dose : une cuillerée à bouche toutes les heures.

M. Cruveilhier nous apprend qu'il a employé les *préparations ferrugineuses* avec avantage, et déjà le docteur Bertrand (1) avait rapporté un cas de guérison d'une ascite par un mélange de *scille* et d'*oxyde noir de fer*. Il suffit de ces indications pour savoir comment on doit se conduire dans les cas où l'on croit pouvoir rapporter la production de l'hydropisie à un état du sang, contre lequel l'expérience nous a appris que le fer a une grande efficacité.

Il me reste maintenant quelques mots à dire sur certains médicaments qui ont été regardés comme très utiles, et que nous ne pouvons pas ranger dans les catégories précédentes.

Moyens divers. J'indiquerai d'abord le *lait*, déjà recommandé par Mauriceau, et que Chrestien a surtout préconisé (2). Ce dernier a rapporté huit observations dans la plupart desquelles la guérison a été obtenue ; malheureusement ces observations thérapeutiques n'ont pas toujours été prises avec beaucoup de rigueur, et quelquefois on se demande s'il y a eu, dans ces faits, autre chose qu'une simple coïncidence. Les cas dans lesquels le lait paraît avoir le mieux réussi sont ceux qui sont désignés par Chrestien sous le nom d'ascites par irritation. Toute la médication consiste à soumettre les malades exclusivement, ou presque exclusivement, à l'usage du lait comme aliment : on leur en fait prendre *une*, *deux*, *trois pintes par jour*, et *plus* si on le juge convenable. Chrestien recommande que le lait soit cru. Un inconvénient fréquent de ce régime, c'est d'inspirer promptement du dégoût au malade. Il ne faut pas céder aux instances qu'ils font pour obtenir un changement d'alimentation, car dans les cas cités par Chrestien, les moindres concessions ont eu des effets fâcheux.

M. le docteur O'Ferral (3) recommande vivement l'*acétate de plomb* et le *fer* administrés, de la manière suivante, contre l'hydropisie ascite avec albumine, qui survient à la suite de la scarlatine.

Donnez d'abord, chaque jour, de 10 à 15 centigrammes d'acétate de plomb dans de l'eau distillée en l'additionnant d'un excès d'acide acétique.

Plus tard administrez le fer. M. O'Ferral préfère à toutes les préparations ferrugineuses la *teinture muriatique*.

Sous l'influence de ce traitement, l'albumine, suivant l'auteur, disparaît très promptement des urines, et l'hydropisie se dissipe avec la plus grande rapidité.

M. Thirion (4) a rapporté des cas de guérison par l'*iodure de potassium*. Dans l'un d'eux, l'hydropisie avait été causée par des tumeurs strumeuses du mésentère. Ce sont évidemment les cas dans lesquels cette médication est le mieux indiquée.

Il suffit de mentionner le *cerfeuil* et l'*ache*, quoique le premier ait joui pendant longtemps d'une très grande réputation ; le *copahu*, les *préparations d'or*, qui ont été employées dans un cas cité par Chrestien ; l'*hépatique en cataplasmes*, l'*iode*,

(1) *Rec. de la Soc. d'émul.*, 1807.
(2) *De l'util. du lait*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. XXVII, p. 329 et 484).
(3) *Dublin hospital Gaz.*; extrait dans *Revue méd. chir. de Paris*, mars 1847.
(4) *Bull. de l'Ac. de méd. de Belgique*, et *Bull. gén. de thér.*, février 1849.

les *frictions mercurielles ;* ce n'est que dans des cas tout particuliers que la plupart de ces moyens peuvent paraître convenables.

Après avoir ainsi exposé le *traitement interne* de l'ascite, je dois aborder la médication externe qui bien souvent ne peut être mise en usage que comme palliatif, mais qui parfois a procuré des succès réels.

Vésicatoires ; séton ; moxas. M. Pelletier (1) a cité un cas de guérison d'une ascite suite de fièvre intermittente, par l'application des *vésicatoires* sur l'abdomen. Ce fait est d'autant plus remarquable, que chez ce sujet on avait employé les diurétiques et la compression, sans obtenir autre chose qu'une amélioration passagère. Le même moyen a été mis en usage dans des cas d'ascite qu'on était porté à regarder comme idiopathique. On a également traversé les parois abdominales avec un *séton* (2), et enfin Larrey a recommandé les *moxas* au niveau des fausses côtes. On ne doit compter que médiocrement sur ces moyens, dont un, le *séton*, doit être regardé comme d'un emploi dangereux.

Scarifications. Lorsque l'ascite s'accompagne de gonflement considérable des bourses et des membres inférieurs, on pratique ordinairement des mouchetures dans le but de dégorger le tissu cellulaire et de faire cesser la tension incommode des parties. Quelquefois on emploie ce moyen dans un but curatif. Il arrive parfois, en effet, que les scarifications ne se referment pas, et laissent écouler continuellement la sérosité, de telle sorte que tout épanchement disparaît. Le docteur D. Tardieu (3) a cité quelques faits dans lesquels ce moyen a eu du succès. Un inconvénient des scarifications, c'est que parfois elles déterminent une irritation des tissus, et par suite une gangrène qui peut avoir des effets funestes. D'un autre côté, on ne peut guère compter sur leur emploi qu'en aidant leur action par l'administration d'un ou de plusieurs des moyens précédents.

M. le docteur Burguet (4) a vu une ascite se dissiper sous l'influence de la médication suivante :

℞ Amidon	100 gram.	Iode	1,50 gram.

Couvrez l'abdomen du malade d'une couche épaisse de cette préparation.

Dès les premiers jours, la salive, les urines et les crachats exhalaient une odeur d'iode très prononcée.

Compression. Déjà Monro avait proposé la compression de l'abdomen pour s'opposer à quelques accidents de l'ascite (lipothymies, syncopes) ; des médecins anglais l'ont ensuite employée dans un but curatif, et ce moyen a été mis en usage en France par MM. Récamier, Husson, Godelle, Bricheteau, etc., depuis un certain nombre d'années. Ce dernier a publié (5) un mémoire intéressant dans lequel sont rapportés plusieurs faits qui prouvent l'utilité de la compression dans certains cas. Il ressort de ces faits que les cas dans lesquels la compression est applicable sont ceux qui ne présentent pas de lésion organique chronique et d'obstacle mécanique à la circulation veineuse. Dans le cas contraire, on s'exposerait à soumettre en pure perte les malades à un traitement long, difficile à supporter, et occasion-

(1) *Obs. recueill. à la clin. de M. Trouvé* (*Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. XVIII, p. 202).
(2) Hedenus, *Graefe und Walther's Journ.*: Berl., 1826.
(3) *Journ. de méd.*, 1835.
(4) *Journ. de méd. de Bordeaux*, décembre 1846.
(5) *Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. XXVII, p. 75 et suiv.

nant des incommodités marquées, telles que l'oppression, les lipothymies, etc. C'est donc lorsqu'on ne trouve aucune lésion marquée des viscères, lorsque l'ascite s'est développée avec des symptômes d'irritation, ou à la suite de fièvres intermittentes, d'hémorrhagies répétées, d'un séjour dans les lieux malsains, de l'ingestion des boissons froides, etc., qu'on devra y avoir recours.

COMPRESSION.

Pour la pratiquer, il faut faire faire une large ceinture lacée qui, de la base de la poitrine, se porte jusqu'à la partie inférieure du ventre. Cette ceinture doit être serrée de manière à exercer une compression uniforme et continue; mais il faut prendre garde de porter cette compression trop loin, parce que, en refoulant le diaphragme, on pourrait occasionner une dyspnée extrême. Si l'on n'a pas le soin de resserrer le bandage à mesure qu'il se relâche, on ne peut rien attendre de ce traitement, qui d'ailleurs est toujours long, puisque son emploi a dû être prolongé plusieurs mois (huit et plus), et qui demande beaucoup de soins et d'assiduité.

Paracentèse. La paracentèse ou ponction de l'abdomen est une opération pratiquée ordinairement dans le but de faire cesser les accidents qui résultent d'une accumulation trop considérable de liquide dans la séreuse péritonéale. Dans quelques cas, et j'en ai cité un plus haut, le liquide accumulé, provoquant invinciblement la sortie d'un intestin hernié, on doit, pour éviter l'engouement qui peut en être la suite, faire l'opération avant qu'il y ait une grande quantité de sérosité dans le péritoine; dans tous les autres, il est de règle d'attendre que les parois du ventre soient notablement distendues.

Je ne saurais mieux faire, pour exposer tout ce qui est relatif à la paracentèse, que de suivre la description qu'en a donnée M. Velpeau (1), en y ajoutant quelques remarques sur l'utilité de la percussion dans la détermination du lieu où doit être pratiquée la ponction. Après quelques considérations sur l'origine de cette opération, une des plus anciennes de la chirurgie, cet auteur se demande quel est l'instrument qu'il convient d'employer, et sa conclusion est que le *trois-quarts* dont se servent les chirurgiens français ne laisse rien à désirer. Quant au lieu d'élection, il s'exprime ainsi :

LIEU D'ÉLECTION.

« Tous les points du ventre ne sont pas également propres à la paracentèse. Le *flanc gauche* serait le plus favorable quand la rate est saine, si l'épiploon, plus étendu de ce côté, n'apportait aucune difficulté à l'écoulement du liquide. *A droite*, on peut redouter la présence du foie. Trop *près du ligament de Poupart*, se trouve l'S iliaque du colon ou le cœcum. *En arrière*, est la dernière fausse côte ou la crête de l'os innominé, et il serait facile d'atteindre le colon lombaire. La *zone sus-ombilicale* correspond à la partie transverse du gros intestin. Tout à fait *en bas*, sur la ligne médiane, on rencontre la vessie. Cependant il faut agir sur une partie déclive. La *ligne blanche*, préférée par les anciens, et même encore par la plupart des chirurgiens anglais, n'a pas d'avantage sous ce rapport; elle est loin de mettre aussi sûrement qu'on l'imagine à l'abri de toute hémorrhagie : une grosse veine

(1) *Nouv. élém. de méd. opératoire*; Paris, 1839, 2e éd., t. IV, p. 1 et suiv.

rampe parfois à sa surface postérieure. S. Cooper mentionne un cas où plus d'une pinte de sang sortit par la plaie qu'il venait de faire dans ce lieu avec le bistouri.

» *Chez la femme*, il existe *entre la matrice et le rectum*, au fond du bassin, un cul-de-sac où l'on arriverait facilement *à travers la partie postéro-supérieure du vagin.* Ce point, le plus déclive de tous, serait aussi le point le plus convenable peut-être, si le péritoine était libre dans toute son étendue, si un changement de rapport quelconque de la vessie, de l'utérus ou des intestins n'exposait pas à perforer quelques uns de ces organes. On devrait donc ne le choisir, et se conformer au précepte de Henckel, de Watson, de Bishop, de Nœthig, qu'après s'être assuré par le toucher que la sérosité descend jusque dans la cavité pelvienne, et qu'elle tend à déprimer le haut du vagin.

» En pénétrant *par le rectum*, au-dessus des vésicules séminales, comme le veulent quelques autres praticiens, il y aurait encore plus de danger de blesser la vessie. La crainte de voir ensuite les humidités stercorales passer dans le péritoine suffira toujours pour faire rejeter cette voie, quoique par exception on puisse l'adopter chez certains sujets.

» Il n'est pas jusqu'à *la vessie* qu'on n'ait traversée de manière à vider le péritoine des ascitiques.... M. Watson a sérieusement proposé de pénétrer par cette voie, et, ce qu'il y a de surprenant, un de ses compatriotes, M. Buchanan, dit l'avoir fait trois fois avec succès ; mais je ne pense pas que parmi nous un pareil précepte ait jamais besoin d'être gravement réfuté.

» Le *scrotum*, qui convient le mieux, ainsi que le prouvent les observations de Ledran et de Morand, quand, en même temps que l'ascite, il existe une hydrocèle congénitale, ne peut servir que dans cette circonstance. S'il se rencontre une région des parois abdominales plus amincie que les autres, au point de n'être plus formée que par la peau et d'avoir acquis une sorte de transparence, c'est à elle qu'on s'adresse, quelque peu favorable qu'elle soit d'ailleurs....

» *Un peu en dehors de la ligne blanche*, comme on le faisait autrefois d'après l'avis de Celse, l'artère épigastrique court quelques risques. Le *milieu de l'espace qui sépare le bord des côtes de la crête iliaque*, indiqué par Sabatier, aurait l'inconvénient d'être trop rapproché de la poitrine lorsque la rate et le foie sont le siége de quelque engorgement, *de sorte que, règle générale, le milieu de la ligne qui s'étend de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure est encore ce qu'il y a de mieux....* Cet endroit, que la majeure partie des opérateurs ont prescrit de choisir depuis que Palfin en a donné l'idée, est donc le véritable *lieu d'élection*, et chacun des autres le *lieu de nécessité.* »

Lieu où il convient de pratiquer la ponction dans les cas d'hydropisie compliquant la grossesse. Des observations assez nombreuses, et notamment celles qui ont été rassemblées par Ollivier, d'Angers, (1), prouvent que l'ascite donne lieu, chez les femmes enceintes, à des incommodités fort grandes (oppression, lipothymies, insomnie, anorexie), qu'il est nécessaire de faire cesser en évacuant le liquide. Scarpa (2), ayant remarqué que la fluctuation était plus facilement sentie et plus

(1) *Remarq. sur l'opér. de la paracent. dans l'hydrop. ascite compliquant la grossesse* dans *Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. VI, p. 178).
(2) *Mél. de chir. étrangère ;* Genève, 1824, t. Ier.

superficielle dans l'hypochondre gauche, près du bord des cartilages des fausses côtes, choisit ce lieu pour la ponction, et pénétra avec sécurité entre le *côté externe et supérieur du muscle droit et le bord des fausses côtes de l'hypochondre gauche.* Le docteur Cruch (1) a agi de même et sans accident. Cependant Ollivier, se fondant sur l'opinion de Sabatier, sur un fait qu'il a observé, et sur un autre qui lui a été communiqué par M. Bigot (d'Angers), a reconnu que dans les cas ordinaires, l'*ombilic*, élargi d'abord, forme ensuite une tumeur fluctuante, où la ponction peut être pratiquée sans aucun danger. Les cas seuls où une adhérence intestinale, par suite de hernie ancienne, existerait dans cette région, ne devraient pas être opérés ainsi. D'un autre côté, M. Velpeau, qui a un bon nombre de fois pratiqué la paracentèse chez les femmes en couches, s'exprime ainsi à ce sujet : « *Toute l'étendue du flanc gauche*, tous les points de ce côté où le trois-quarts est ordinairement porté, m'ont paru séparés de la matrice par un espace assez considérable pour ne pas laisser une grande importance aux préceptes de Scarpa. » De tout cela il résulte que, s'il faut examiner attentivement l'état du ventre chez les femmes grosses chez lesquelles on pratique la paracentèse, on aurait tort de s'exagérer les dangers de cette opération en pareil cas.

Emploi de la palpation et surtout de la percussion pour déterminer le lieu où la ponction doit être pratiquée. Je suis entré dans les détails précédents, d'une part, pour bien déterminer les points de l'abdomen où l'on a proposé de pratiquer la paracentèse, et de l'autre pour bien faire connaître ceux qui doivent absolument être rejetés et ceux qui offrent le moins d'inconvénients. Mais aujourd'hui on ne doit pas se décider à faire la ponction dans tel ou tel point, uniquement d'après les considérations dans lesquelles nous venons d'entrer. Il est même permis de dire que le *lieu d'élection* n'existe plus, ou du moins qu'on ne doit jamais y pratiquer l'opération sans l'avoir exploré par une palpation et une percussion soigneusement pratiquées. C'est toujours lui, sans doute, qui aura le plus souvent la préférence, puisque ces moyens d'exploration feront ordinairement connaître qu'il la mérite, mais on ne la lui donnera pas en aveugle, comme on ne l'a fait que trop souvent, l'exploration qu'on pratiquait étant insuffisante.

La *palpation* fera reconnaître s'il existe dans le point qu'on veut ponctionner un organe tuméfié, dans lequel on courrait risque d'enfoncer le trois-quarts. Sans doute, si cet organe était adhérent aux parois, cette exploration serait inutile, puisqu'il y aurait absence de la fluctuation dans ce point ; mais souvent une légère couche le sépare du péritoine pariétal, et c'est cette épaisseur qu'il s'agit de déterminer par la palpation, qui doit être pratiquée comme il suit : L'extrémité des doigts étant appliquée sur la paroi abdominale, on presse vivement de manière à déplacer le liquide sous-jacent ; s'il existe une tumeur, on arrive promptement sur elle, et l'on sent, à sa résistance bien supérieure à celle qu'a offerte le liquide, la présence d'un corps solide. Or, si l'on remarque le degré de dépression qu'il a fallu imprimer à l'abdomen pour arriver jusque-là, on a approximativement l'épaisseur de la couche de liquide, et l'on peut juger s'il est prudent ou non de pratiquer la ponction dans ce lieu.

La *percussion* donne des notions bien plus précises, et, en faisant connaître tout

(1) *Ann. univ. di med.*, n° 47.

le parti qu'on peut en tirer dans les cas dont il s'agit, M. Piorry a rendu service à la pratique médicale. Par la percussion, en effet, on détermine avec précision, non seulement si un organe tuméfié est trop voisin de la paroi abdominale, mais encore si l'intestin court risque d'être blessé, accident beaucoup plus grave. On ne doit donc jamais négliger de la pratiquer avec soin, en partant, comme je l'ai dit plus haut, des parties sonores pour aller graduellement vers les parties occupées par la matité. On peut, de cette manière, s'assurer d'abord qu'on pratique la ponction à une assez grande distance du niveau du liquide, c'est-à-dire d'un point où celui-ci ne forme encore qu'une couche trop peu épaisse; et en second lieu, en pratiquant la percussion *superficiellement* ou *profondément*, on peut apprécier avec précision l'épaisseur de la couche liquide.

En *percutant superficiellement*, c'est-à-dire en posant sans presser, sur l'abdomen, le doigt sur lequel on percute, et en frappant légèrement, on a le son propre au liquide, ou un son s'en rapprochant beaucoup, suivant que la couche est plus ou moins épaisse. Puis, *percutant profondément*, c'est-à-dire en déprimant la paroi abdominale et en frappant fortement, on arrive à un des trois résultats suivants : ou bien, *quelque profonde que soit la percussion, on n'obtient que le son mat dû au liquide*, ce qui est le cas le plus fréquent quand on percute dans le lieu d'élection ou dans un point un peu inférieur : on peut alors porter hardiment le trois-quarts dans ce lieu ; ou bien *la percussion profonde finit par faire découvrir le son intestinal plus ou moins affaibli :* on juge alors, par le degré de dépression qu'il a fallu imprimer à la paroi abdominale, si la couche de liquide est ou n'est pas assez épaisse, et l'on se dirige d'après ces données ; ou bien enfin *le son intestinal se fait promptement entendre*, et alors l'intestin est collé à la paroi abdominale, ou n'en est que peu éloigné : il faut, en pareil cas, chercher un autre point pour pratiquer la paracentèse, et le déterminer de la même manière. On opère alors dans le *lieu de nécessité*.

Décrivons maintenant l'opération, et recourons encore pour cela à l'ouvrage de M. Velpeau (*loc. cit.*) :

DESCRIPTION DE L'OPÉRATION.

« *Position du malade.* Personne ne conseille actuellement de faire tenir le malade debout pendant qu'on l'opère ; la position assise ne lui convient non plus que dans quelques circonstances particulières : *c'est sur le côté, très près du bord de son lit, qu'il doit être placé...*

» *Manuel opératoire.* L'appareil se compose d'un trois-quarts de 5 millimètres de diamètre, armé de sa canule et graissé de cérat, d'un baquet ou d'un grand vase quelconque propre à recevoir le liquide, d'un vase plus petit et peu profond qu'on puisse tenir près du ventre si la sérosité ne coule pas avec assez de force pour le rendre inutile, d'un morceau de sparadrap, de diverses compresses pliées en plusieurs doubles, d'une serviette en écusson et d'une autre serviette pliée en trois, garnie d'un sous-cuisse et d'un scapulaire.

» Un aide reste près de la tête, un autre vers les pieds et du côté sur lequel on a couché le malade, afin de lui soutenir la poitrine et la racine des cuisses; un troisième, situé du côté opposé, et même sur le corps du lit s'il craint de trop se fatiguer autrement, se tient prêt à placer ses mains à plat sur toute la surface du

qu'il s'agissait, en pareil cas, d'une hydropisie enkystée de l'ovaire ; malheureusement l'observation ne fournit pas les détails nécessaires pour éclaircir ce point.

Quant à M. Vassal (1), il s'est contenté *d'irriter le péritoine* à l'aide du bec de la canule ; mais les accidents qui ont suivi cette pratique, et auxquels le malade a heureusement échappé, ont été si graves, qu'ils ont fait plusieurs fois craindre pour ses jours.

Injections iodées. Dans ces derniers temps, on a obtenu plusieurs fois la guérison de l'ascite par les injections iodées. En 1846, M. le docteur Dieulafoy (2) fit connaître un cas de ce genre dans lequel il obtint un succès complet. Plus tard, M. le docteur Rul-Ogez, d'Anvers (3), a guéri radicalement une ascite asthénique par l'injection de 90 grammes d'eau tiède, contenant 12 grammes de teinture d'iode. Je citerai encore les deux cas suivants, qui déposent en faveur de ce traitement. Le premier a été rapporté par M. le docteur Leriche (4). Après avoir vidé le péritoine, il injecta :

Teinture d'iode............	32 gram.	Eau....................	250 gram.
Iodure de potassium........	4 gram.		

On ne put faire ressortir que 120 grammes de cette solution.

Le second est dû à M. le docteur Griffon (5), qui pratiqua l'injection iodée chez un enfant *de dix mois*, affecté de la maladie dont nous nous occupons.

M. Griffon injecta, à plusieurs reprises, en malaxant le ventre :

Eau....................	150 gram.	Teinture d'iode............	25 gram.
Iodure de potassium........	2 gram.		

Tout n'est pas encore dit, ainsi que le fait remarquer M. Velpeau, sur l'emploi des injections irritantes ; mais les faits que je viens de signaler sont de nature à encourager les praticiens. Toutefois reconnaissons qu'on ne déterminera définitivement la valeur de ce moyen qu'en posant bien exactement le diagnostic, ce qui malheureusement n'a pas été fait.

Enfin, M. Belmas a proposé de porter dans le péritoine un *sac de baudruche* vide, que l'on souffle ensuite ou qu'on remplit de liquide, de manière à irriter, suivant qu'on le juge convenable, une plus ou moins grande étendue de la séreuse. Ce moyen n'a pas encore pour lui la sanction de l'expérience.

Résumé ; ordonnances. D'après ce qui précède, les moyens les plus efficaces sont les diurétiques, les purgatifs, les sudorifiques, et, dans les cas rares d'ascite par irritation, les émissions sanguines. Il serait important, comme je l'ai dit plusieurs fois, de rechercher quels sont les cas particuliers où chacune de ces médications agit plus spécialement. Mais on n'a fait, sous ce rapport, que des essais extrêmement incomplets, et tout ce que je puis faire ici, c'est de signaler aux observateurs ce sujet comme un des plus intéressants de la thérapeutique.

Ire Ordonnance.

DANS UN CAS D'ASCITE PAR IRRITATION SÉCRÉTOIRE.

1° Pour boisson, simples infusions émollientes.

(1) *Mém. de la Soc. de méd. prat.*, 1833.
(2) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 27 janv. 1846, t. XI, p. 422.
(3) *Bull. de l'Acad. roy. de méd. de Belgique*, 1847-1848, t. VII, n° 2.
(4) *Journ. de méd. de Lyon*, et *Bull. gen. de thérap.*, juin 1847.
(5) *Journ. des conn. méd. prat.*, janvier 1847.

2° Saignées générales plus ou moins répétées, suivant la force du sujet; sangsues au nombre de vingt, trente ou quarante sur l'abdomen.

3° Légers diurétiques: par exemple le nitrate de potasse à la dose de 1 ou 2 grammes par 500 grammes de liquide.

4° Légers purgatifs.

5° Régime sévère, diète au début.

II° Ordonnance.

DANS UN CAS D'ASCITE SANS IRRITATION ET SANS QU'ON EN PUISSE TROUVER LA CAUSE DANS UNE LÉSION ORGANIQUE.

1° Pour tisane, infusion de fleur de sureau, bourrache, etc.

2° Diurétiques à l'intérieur et à l'extérieur (*voy.* p. 345 et 348).

3° Purgatifs drastiques (*voy.* p. 348 et suivantes).

4° Préparations ferrugineuses.

Je ne multiplierai pas ces ordonnances, parce que, comme je l'ai dit plus haut, il est trop difficile de déterminer d'une manière précise les cas dans lesquels réussit tel ou tel médicament. Je me contente de rappeler d'une manière générale que, si l'on observe une tendance à l'établissement d'un flux critique, il faut s'empresser de le favoriser par les moyens précédemment indiqués.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines; diurétiques à l'intérieur, à l'extérieur; purgatifs; vomitifs; sudorifiques; expectorants; narcotiques; lait; iode; moyens divers; compression; révulsifs; scarifications; paracentèse; injections.

ARTICLE IV.

HYDROPISIE ENKYSTÉE DU PÉRITOINE.

L'hydropisie enkystée du péritoine est une affection fort rare, qui consiste dans la formation d'un sac souvent très considérable, situé dans le péritoine, mais ne communiquant pas avec sa cavité, contenant une sérosité ordinairement limpide, et repoussant le paquet intestinal du côté opposé au point où il s'est formé. Nous avons déjà vu de semblables sacs se former dans la cavité de la poitrine, et M. Ménière a posé en loi que les cavités accidentelles de ce genre avaient leur siége à l'extérieur même de la cavité naturelle; mais c'est un fait qui n'est pas encore complétement mis hors de doute; et, relativement à la lésion qui nous occupe ici, je dirai que j'ai vu à la Société anatomique un exemple d'hydropisie enkystée du péritoine dans lequel il paraissait évident que la sérosité était renfermée dans des fausses membranes épaisses, sécrétées par le péritoine lui-même.

Avec le très petit nombre de faits que nous possédons, il serait absolument impossible de tracer une histoire détaillée de l'hydropisie enkystée du péritoine, et c'est pourquoi je me contenterai d'exposer le *diagnostic* de cette affection et de l'ascite, ce qui est, sans contredit, le point le plus important.

Les kystes du péritoine occupent dans l'abdomen un point indéterminé. Dans leur production on ne voit pas un liquide s'accumuler peu à peu et s'élever des

parties déclives vers les parties supérieures. Les fausses membranes, se formant préalablement, déterminent dans une étendue considérable du ventre, et presque toujours d'un seul côté, la tuméfaction et la matité; puis la fluctuation vient occuper le même point, tandis que les intestins, reconnaissables à leur sonorité, sont refoulés de l'autre côté et à une hauteur très variable, suivant les cas, ce qui dépend de la position et de l'étendue du kyste. En comparant ces signes avec ceux de l'ascite, on en comprendra facilement toute la différence.

Quant au *traitement*, je n'ai rien de particulier à en dire, si ce n'est que les parois du kyste sont parfois très épaisses; que dans la paracentèse on ne doit pas craindre de pousser le trois-quarts profondément, et que les injections sont plus applicables aux cas de ce genre qu'à l'ascite.

ARTICLE V.

TYMPANITE PÉRITONÉALE.

Je n'ai qu'un mot à dire de cet accident, qui est extrêmement rare, et qui survient à la suite de lésions mortelles. Je ne connais que trois cas bien authentiques de ce genre. L'un a été recueilli par M. Fiaux, dans le service de M. Rayer, en 1839 : le sujet présentait une *perforation du duodénum*, d'où les gaz avaient pénétré dans le péritoine. Dans le second cas, les choses se passaient d'une manière plus curieuse encore. L'observation a été recueillie par MM. Richard et Duhordel (1). Il s'agissait d'un *abcès du poumon* et non d'une gangrène, comme le pensaient les auteurs. Le *diaphragme avait été perforé consécutivement*, *et l'air passait des bronches dans la cavité péritonéale*.

M. le docteur Michel Lévy (2) a vu, dans le troisième cas, une accumulation de gaz se faire dans le péritoine, en l'absence de toute perforation intestinale.

Diagnostic. On reconnaît que la tympanite a pour siége le péritoine lui-même, à la sonorité uniforme et extrême de toute la paroi abdominale, et à son élasticité dans tous les points, de manière que ni par la percussion ni par la palpation (du moins légères) on ne peut déterminer la position des organes parenchymateux. Dans cette tympanite, le volume du ventre peut être augmenté d'une manière prodigieuse; c'est ce qui avait lieu dans le cas cité par MM. Richard et Duhordel. Dans l'état actuel de la science, il nous serait impossible d'ajouter quelque chose de précis à ce que je viens de dire de cet accident.

Telles sont les affections propres au péritoine. On a encore parlé, il est vrai, de *cancers* occupant divers points de son étendue, de *kystes de l'épiploon*, et de quelques autres lésions. Mais ces lésions sont rares, mal connues, et ne présentent rien d'intéressant pour la pratique. Je vais donc, pour terminer ce qui a rapport aux affections des annexes des voies digestives, passer à la description du *carreau*, seule affection du mésentère qui soit intéressante pour le praticien.

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, nov. 1842.
(2) *Gaz. méd. de Paris*, 1849.

CHAPITRE VI.

MALADIES DU MÉSENTÈRE.

Le mésentère ne présente de maladies indépendantes de tout autre état morbide, d'affections idiopathiques, que dans des cas tout à fait exceptionnels.

On a, il est vrai, parlé d'une *inflammation aiguë* et d'une *inflammation chronique* du mésentère ; mais quand on parcourt, dans les auteurs (1), ce qui a été écrit à ce sujet, on voit qu'ils ont eu en vue des affections secondaires, comme l'inflammation des ganglions mésentériques dans la fièvre typhoïde, par exemple ; ou des dégénérescences chroniques qui se sont développées à la suite de dégénérescences semblables dans les intestins ou ailleurs. Après avoir examiné les principaux travaux sur ce sujet, j'ai vu, je le répète, que dans l'état actuel de la science il fallait se borner à parler d'une seule maladie du mésentère, qui est le *carreau*.

ARTICLE Ier.

CARREAU.

Depuis longues années on s'est beaucoup occupé du carreau comme affection appartenant presque exclusivement à l'enfance. Mais quelle que soit l'estime qu'on doit avoir pour plusieurs des travaux entrepris sur cette maladie, on voit bientôt qu'il est impossible de se servir de ceux qui ont paru avant les dernières années, parce que plusieurs états morbides ayant été confondus sous le nom de carreau, on ne peut pas démêler convenablement ce qui appartient à chacun d'eux. L'anatomie pathologique de cette affection, faite principalement par Morgagni, avait seule, jusqu'à ces derniers temps, un certain degré de précision. Cependant je citerai comme ayant publié le principal traité du carreau, avant les recherches modernes, Baumes (2), dont le mémoire fut couronné par la Société royale de médecine de Paris. Les articles récents des dictionnaires et le traité de MM. Rilliet et Barthez (3) sont venus donner récemment beaucoup plus de précision à nos connaissances sur l'affection dont il s'agit.

Il résulte de ces dernières recherches que le carreau, qui n'est autre chose que la *tuberculisation des ganglions mésentériques*, n'est que bien rarement, comme on devait s'y attendre, une affection idiopathique. Guersant (4) dit formellement qu'il a toujours trouvé, dans les cas de mort, outre les tubercules mésentériques d'autres affections graves qui avaient déterminé la terminaison fatale, et sous la dépendance desquelles s'était produit le carreau. MM. Rilliet et Barthez n'ont jamais trouvé les tubercules bornés au mésentère, et le même fait ressort de la description donnée par les auteurs du *Compendium*, quoiqu'elle ne soit pas explicitement exprimée.

Je suis entré dans ces considérations, parce qu'elles expliqueront pourquoi je n'accorde qu'une très courte description à cette affection, qui d'ailleurs n'est pas curable, et n'a, sous tous les rapports, qu'un intérêt assez médiocre.

(1) *Voy.* en particulier J. Frank.

(2) *Rech. sur la malad. du mésent.*, etc., Nîmes, 1788, et *De l'amaigrissement*, etc., Paris, 1806.

(3) *Traité des malad. des enfants*, t. III, p. 406 et suiv.

(4) *Dict. de méd.*, art. CARREAU.

§ I. — Définition; synonymie; fréquence.

On donne le nom de *carreau* à une certaine tuberculisation des ganglions mésentériques, mais non à toute espèce de tuberculisation. Il faut, pour que la production des tubercules dans les ganglions du mésentère mérite le nom de carreau, que les tubercules soient volumineux, constituent des tumeurs considérables, et donnent lieu à un développement marqué du ventre. On voit déjà par là combien cette maladie est mal limitée, puisque la grosseur plus ou moins grande des tubercules ne peut pas changer leur caractère.

Je n'indiquerai pas ici tous les noms donnés au carreau ; je me bornerai à rappeler les suivants : *écrouelles mésentériques, physconie, emphraxie mésentérique, entéro-mésentérite, tubercules du mésentère*. Ce dernier nom serait le plus convenable, mais celui de *carreau* est consacré.

Suivant Guersant, on a eu, jusqu'à ces derniers temps, une fausse idée de la fréquence du carreau. Cela tient à ce que tout développement du ventre, avec amaigrissement, chez les enfants, était désigné sous ce nom. Le nombre des sujets qui offrent, dans leur mésentère, des tumeurs tuberculeuses assez développées pour mériter le nom de carreau est très limité.

§ II. — Causes.

On n'a que des renseignements très vagues sur la plupart des causes du carreau. Ce que nous savons de plus positif, c'est que le plus souvent cette maladie se développe *sous l'influence de la tuberculisation générale*, et que les malades succombent ordinairement aux progrès des *tubercules pulmonaires*.

D'après les recherches de MM. Rilliet et Barthez, c'est *entre la cinquième et la dixième année* que se manifeste ordinairement le carreau. Il est excessivement rare de le voir paraître au-dessous de trois ans. On l'a observé aux autres âges de la vie, mais très rarement. On le trouve un peu plus souvent chez les enfants du *sexe masculin*. Les tubercules du mésentère ne se produisent pas sous l'influence des ulcérations intestinales. Quant à la mauvaise hygiène, à la nourriture insuffisante, etc., ce sont des causes qui appartiennent à la tuberculisation en général, et qui ne doivent pas nous occuper ici.

§ III. — Symptômes.

Si nous ne voulons donner que les symptômes propres au carreau, nous voyons qu'ils sont très peu nombreux et très peu importants, et c'est une nouvelle raison pour ne pas s'arrêter à la tuberculisation mésentérique, pour remonter à la cause première, à la source du mal, et pour ne pas laisser détourner son attention par une simple lésion secondaire.

Les symptômes propres au carreau diffèrent suivant que la maladie est indolente ou non. *Dans le premier cas*, on observe un développement plus ou moins considérable du ventre, et si l'on examine attentivement cette cavité, on y trouve des *tumeurs* plus ou moins grosses, ayant leur siége principalement le long de la colonne vertébrale et autour de l'ombilic, mais pouvant se développer d'une manière fort irrégulière. Ces tumeurs sont dures, bosselées, non douloureuses à la pression, et donnent un son mat quand on les percute. On a cité des faits, et Guersant en a signalé les principaux, dans lesquels la santé s'est conservée avec un développement extrêmement notable de tubercules dans les ganglions

mésentériques, et c'est là une des preuves les plus fortes en faveur de l'opinion qui regarde les symptômes fonctionnels attribués au carreau comme dus presque tous à une autre affection, et principalement à la phthisie pulmonaire ou bronchique.

Dans le second cas, le seul symptôme véritablement important est la *douleur*, et ce symptôme est extrêmement rare, puisque MM. Rilliet et Barthez n'ont trouvé le ventre douloureux qu'une seule fois.

Rien de notable, du reste, du côté du *tube digestif*. On observe quelquefois *la dilatation des veines du ventre*, l'*anasarque*, un peu d'*épanchement dans le péritoine*. On comprend facilement que ces phénomènes sont dus à la compression des gros troncs veineux abdominaux.

Tous les autres symptômes : amaigrissement, toux, vomissements, diarrhée, etc., doivent être considérés comme étrangers au carreau, et comme produits par l'affection primitive. On ne saurait contester la justesse de cette considération, qui a l'avantage de simplifier beaucoup ce point de pathologie.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison.

La marche du carreau est essentiellement chronique. Diverses affections peuvent en précipiter le cours : ce sont parfois des phlegmasies ; mais le plus souvent les sujets succombent aux progrès de la maladie dont le carreau n'est qu'une lésion secondaire. La *durée* est, par conséquent, indéterminée. Quant à la *terminaison*, les faits cités par Guersant prouvent que les tubercules mésentériques n'offrent pas par eux-mêmes de grands dangers ; mais, je le répète, leur présence annonce l'existence d'une autre affection tuberculeuse mortelle, et, en première ligne, de la phthisie pulmonaire. MM. Rilliet et Barthez ont cependant cité un fait qui prouve qu'un grave accident peut dépendre de la tuberculisation mésentérique elle-même. Un ganglion tuberculeux ramolli a déterminé la perforation de l'intestin par lequel il s'est vidé.

§ V. — Lésions anatomiques.

Des tubercules gros ordinairement comme un marron, quelquefois moins, rarement plus, à divers degrés de consistance, ordinairement crus, quelquefois seulement un peu ramollis, donnant rarement lieu à une excavation : telle est l'altération anatomique essentielle. On a vu quelquefois presque tous les ganglions mésentériques envahis par les productions morbides et formant une énorme masse bosselée, irrégulière, qui parfois rend le mésentère immobile. Les caractères du tubercule y sont les mêmes que partout ailleurs, sauf qu'on ne rencontre pas, dans les cas dont il s'agit ici, les granulations grises demi-transparentes. La raison en est bien simple : c'est que les tubercules sont trop avancés pour cela ; car on sait que la granulation tuberculeuse a été, dans d'autres circonstances, rencontrée dans les ganglions mésentériques. On trouve des tubercules plus ou moins avancés dans d'autres organes, et surtout dans les poumons ; quant aux autres lésions décrites par quelques auteurs, elles n'appartiennent pas en propre au carreau.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

D'après ce que j'ai dit plus haut, ce n'est pas le diagnostic des tubercules du mésentère qui est le plus important, mais celui de l'affection primitive ; cependant, si l'on pouvait reconnaître la première lorsque le diagnostic de la seconde serait environné de difficultés, on aurait atteint un but important, puisque l'on pourrait admettre l'existence de cette dernière, comme nous avons vu arriver

par le diagnostic de la péritonite chronique à celui de la phthisie pulmonaire. Je n'ai pas d'autres signes à indiquer, pour établir ce diagnostic, que ceux que j'ai énumérés plus haut, et il faut convenir qu'ils ne sont pas toujours faciles à reconnaître à cause des difficultés de la palpation.

Quant aux maladies qui pourraient être confondues avec le carreau, ce sont : la *péritonite chronique*, qui s'en distingue par la douleur, la fluctuation, le météorisme ; les *tumeurs du foie*, *de la rate*, dont le siége est différent, et qu'on limite par la palpation et la percussion, et enfin les tumeurs des autres organes. Ces diverses affections faisaient autrefois partie d'un état morbide désigné sous le nom générique de *carreau*, et de là, comme je l'ai déjà fait remarquer, le vague des descriptions antérieures à ces dernières années.

§ VII. — Traitement.

Je ne crois pas devoir insister sur le traitement. Si l'on a bien compris la manière dont j'ai envisagé le carreau, on verra, en effet, que ce serait un soin inutile. Qu'il me suffise de dire qu'on doit diriger les moyens thérapeutiques, non contre les tubercules mésentériques, dont le développement est peu grave par lui-même, mais contre la maladie primitive, et que, d'après les principaux auteurs, les moyens dirigés contre le carreau *sont ceux qu'on emploie dans la phthisie pulmonaire.* Toutefois je ferai remarquer que le carreau, plus que toutes les autres tuberculisations, a été regardé comme ayant pour cause générale le *vice scrofuleux*. Je dois, par conséquent, renvoyer aussi au traitement des scrofules et, en particulier, à celui qu'a proposé M. Négrier (1), qui depuis la publication de son premier mémoire a obtenu de nouveaux succès en nombre considérable (2).

LIVRE CINQUIÈME.

Maladies des voies génito-urinaires.

Les maladies des voies génito-urinaires ont de tout temps fixé l'attention des médecins. Mais il est facile de comprendre que pendant longtemps il a été impossible que leur étude fît de très grands progrès. Ces affections ont, en effet, presque toutes besoin, pour être bien connues, des lumières de l'anatomie pathologique, qui seules peuvent mettre sur la voie d'un diagnostic solide. Il en est fort peu qui ne soient pas des affections purement locales dont la lésion matérielle constitue le caractère essentiel. Sans doute, dans la recherche des causes, il faut remonter à des conditions générales très importantes à connaître ; mais si l'on ne peut pas ensuite étudier convenablement les désordres organiques, on n'a qu'une idée nécessairement vague des diverses maladies dont l'appareil génito-urinaire peut être le siége ; on ne peut pas complétement séparer les genres et les espèces, et la détermination exacte de l'affection n'est pas possible. Or ce sont là précisément les

(1) *Trait. par les préparat. de feuilles de noyer.* (*Archives de médecine*, 3e série, t. X, p. 397, t. XI, p. 41).
(2) Voy. *Scrofules*, t. II, p. 192.

conditions fâcheuses dans lesquelles se trouvaient les médecins avant que les recherches cadavériques, ou l'exploration des organes ou de leurs produits pendant la vie, fussent venues nous faire connaître la liaison qui existe entre certaines lésions déterminées et un ensemble donné de symptômes.

Avant Morgagni, quelques auteurs avaient publié des faits d'anatomie pathologique intéressants, et ce médecin célèbre en a cité un certain nombre qui ont jeté un nouveau jour sur la pathologie des organes génito-urinaires. Cet exemple a été ensuite imité par plusieurs auteurs; mais ce n'est que dans ces dernières années, on peut le dire, que les affections des reins ont été étudiées avec tout le soin désirable; et à ce sujet je dois répéter ici ce que, dans un travail publié en 1842 (1), j'ai dit à propos des affections rénales, dont je donnerai d'abord la description : « Les maladies des reins, disais-je en commençant, ont, dans ces dernières années, attiré d'une manière toute particulière l'attention d'un grand nombre d'observateurs. Aussitôt que le docteur Bright eut fait connaître les rapports qui existent entre une affection particulière de cet organe et certaines hydropisies que depuis Cotugno jusqu'à lui on avait signalées sans les rapporter à aucun état organique déterminé, on se livra avec la plus grande ardeur à l'étude des affections rénales. Mais jusqu'à M. Rayer (2), les auteurs n'avaient point embrassé ces affections dans leur ensemble, ils avaient borné leurs investigations à quelques unes d'entre elles et aux modifications de l'urine dans un plus ou moins grand nombre de maladies diverses. » Ce que j'ai dit des maladies rénales s'applique à toutes les affections des organes génito-urinaires, sauf les affections syphilitiques, et c'est ce qui m'a engagé à reproduire ce passage. Si donc, dans le cours de ce livre, j'ai beaucoup moins égard aux recherches anciennes qu'aux modernes, c'est que j'y suis forcé par la nécessité de mettre de côté des documents incertains qui ne peuvent avoir d'intérêt que dans un travail d'érudition, et qui seraient non seulement inutiles, mais nuisibles au praticien.

On pourrait diviser cette partie importante de la pathologie en deux sections, dont l'une comprendrait les affections des voies urinaires, et l'autre celles de l'appareil génital. Mais cette division, qui paraît si simple au premier abord, présente néanmoins des difficultés, parce qu'il est des maladies qui ont leur siége dans des parties communes à ces deux appareils. Je me contenterai donc de les décrire à mesure qu'elles se présenteront dans les divers organes, en commençant par les reins.

CHAPITRE PREMIER.

MALADIES DES REINS.

Ayant choisi les affections des reins pour exemple de l'incertitude qui a dû nécessairement régner pendant très longtemps sur l'histoire des maladies des voies génito-urinaires, je n'ai pas à revenir ici sur ces considérations; mais je dois faire remarquer que, malgré ces incertitudes, l'étude de ce point de pathologie remonte à la plus haute

(1) *Archives générales de médecine*, 1842, 3ᵉ série, t. XV, p. 69, 299.

(2) *Traité des maladies des reins considérées dans leurs rapports avec la sécrétion urinaire*; Paris, 1839, 1840, 1841, 3 vol. in-8, avec atlas de planches coloriées.

antiquité. Nous voyons déjà Hippocrate (1) diviser les affections des reins en quatre espèces, parmi lesquelles la gravelle, les calculs rénaux et la pyélite purulente se font remarquer par la manière précise dont elles sont indiquées. Puis viennent les écrits de Rufus (2), de Galien, d'Arétée (3), et d'une longue série d'auteurs qui, comme Hippocrate, se sont bornés à donner des descriptions rapides des *calculs* et des douleurs rénales, fébriles ou non, jusqu'à ce qu'enfin, comme je l'ai dit plus haut, l'étude méthodique des altérations des organes et des urines ait permis d'entrer dans les détails les plus circonstanciés, ce qui a été fait en particulier par M. Rayer, pour toutes les maladies des reins.

Comme je l'ai fait pour le foie, je commencerai par étudier les affections de la substance propre du rein, et puis je passerai à celles des conduits urinaires, ce qui me conduira naturellement aux maladies de la vessie, réservoir où vient s'accumuler le produit de la sécrétion rénale. Les maladies du parenchyme des reins, dont il s'agit ici, sont les suivantes: *Apoplexie rénale; néphrite simple aiguë; néphrite simple chronique; néphrite rhumatismale et goutteuse* (j'admets la néphrite rhumatismale, parce que les recherches anatomiques ont fait voir qu'elle donnait lieu à une production morbide particulière); *maladie de Bright* ou néphrite albumineuse; *cancer; tubercules des reins; acéphalocystes; kystes aqueux; vers rénaux.* Je ne place dans cette première partie ni la *colique néphrétique*, parce qu'elle fait partie de l'histoire des calculs rénaux qui ont leur siége dans les conduits urinaires; ni le *diabète*, dont le siége est encore incertain, et qui trouvera plus naturellement sa place à la fin de cette section, comme affection due à une altération de la sécrétion urinaire résultant elle-même d'autres altérations fonctionnelles qui seront étudiées avec soin.

ARTICLE Ier.

APOPLEXIE RÉNALE.

Cette affection n'a été admise que par suite des recherches anatomiques. M. Rayer (4) en a cité quelques exemples; mais les symptômes manquent complétement. Ce n'est donc que pour mémoire et pour mettre le médecin à même d'éclairer ce point obscur par de nouvelles recherches, que je vais indiquer rapidement ici cette lésion.

« Des ecchymoses, dit M. Rayer, peuvent être rencontrées dans la substance corticale, dans la substance tubuleuse et dans le bassinet.

» On observe aussi des infiltrations sanguines dans le tissu cellulaire de la fissure du rein et du bassinet.

» L'hémorrhagie des reins se montre quelquefois sous une forme très remarquable : c'est une sorte d'*apoplexie rénale*. A la surface extérieure du rein affecté, on aperçoit des éminences noueuses, irrégulières et bosselées, les unes d'un noir foncé, les autres de couleur chamois plus ou moins pure, ou bigarrée de parties

(1) *Œuvres complètes d'Hippocrate*, trad. par Littré; Paris, 1860, t. VII, *Des affections internes.*

(2) *De vesic. renumque affect.*

(3) *De caus. et sign. morb. diut.: De ren. affect.*

(4) *Traité des maladies des reins*, t. III, p. 329.

noires. Toutes ou presque toutes ces éminences sont entourées par des lignes d'un brun foncé. A la longue, la substance du rein paraît envahie et gonflée par du sang noir. Son tissu est grenu ; nulle part on n'aperçoit de caillots sanguins ni de lacunes résultant de l'absorption du liquide. Le sang est infiltré et combiné avec la substance rénale.

» Le sang ainsi infiltré dans le rein prend plus tard un aspect jaunâtre, analogue à celui des dépôts fibrineux qu'on rencontre dans la rate. Cette altération jaunâtre, qui siége principalement dans la substance corticale, est alors entourée par une ligne rouge irrégulière. Dans quelques endroits, on trouve de petits îlots jaunâtres, isolés des masses principales. On ne peut exprimer le pus de ces masses ; l'humeur qu'on obtient par la pression offre le plus souvent, au microscope, une foule de petits globules sanguins, mais point de globules purulents. »

Dans quelles circonstances se produisent ces altérations ? Quels sont les symptômes auxquels elles donnent lieu ? Les rencontre-t-on fréquemment ou rarement ? Voilà ce qu'il est impossible de dire d'après l'observation ; d'où il résulte que, dans l'état actuel de la science, ces recherches ne sont qu'un simple objet de curiosité. Il est à désirer que les observateurs ne laissent échapper aucune occasion de combler cette lacune.

Si nous avons dû glisser si rapidement sur cette affection, qui peut-être se produit idiopathiquement, à plus forte raison ne devons-nous pas décrire en détail la simple *hypérémie rénale*, qui ne s'est montrée que comme lésion secondaire ou comme le premier effet de l'inflammation, et dont la valeur est entièrement inconnue.

ARTICLE II.

NÉPHRITE SIMPLE AIGUE.

Tous les auteurs ont confondu dans une seule et même description la néphrite aiguë survenue spontanément, la néphrite traumatique ou par violence extérieure, et la néphrite calculeuse. Relativement aux deux premières, cette confusion n'a aucun inconvénient ; mais il n'en est évidemment pas ainsi quand il s'agit de la troisième, surtout si l'on examine la manière dont elle a été généralement envisagée. La néphrite calculeuse, telle que l'entendent les auteurs qui ont écrit avant M. Rayer, celle qui a pour cause déterminante la présence d'un ou de plusieurs calculs dans les reins, ou le déplacement de ces productions morbides dans l'intérieur de ces organes, a aussi, comme nous le verrons plus loin, un début particulier, des symptômes propres, une marche ordinairement bien différente de celle des deux autres espèces, et, ce qu'il faut bien se rappeler, des lésions dont le siége principal est différent. Cette affection, décrite sous le nom de *néphrite*, n'est, en un mot, dans son expression la plus simple, qu'une pyélite, et l'inflammation qui s'étend à la substance rénale n'est, en pareil cas, que secondaire. Il est donc absolument nécessaire pour le praticien d'en avoir une description à part, et de savoir quels sont les moyens spéciaux qu'on doit lui opposer. Il n'en est pas moins vrai que, lorsque l'inflammation produite par un calcul gagne la substance même du rein, elle ne diffère pas de celle qui se développe spontanément ou qui résulte d'une violence extérieure ; mais ce n'est pas une raison pour mêler à la description

de la néphrite proprement dite celle de la *pyélite*, maladie dont la physionomie a des traits si distincts. Malheureusement les auteurs n'ont nullement senti la nécessité de donner ce degré de précision à la pathologie rénale. M. Rayer, le premier, a consacré un article à part à la *pyélite calculeuse*, c'est-à-dire à l'inflammation du bassinet occasionnée par les calculs, et c'est là un progrès évident ; cependant il eût été à désirer que, relativement à la néphrite proprement dite, il ne se contentât pas de dire que la néphrite simple aiguë pouvait avoir pour cause les concrétions urinaires, sans rechercher ensuite ce qui appartient à cette espèce. Ce défaut de précision est fâcheux, et rend très difficile la description de l'inflammation des reins. Je tâcherai, dans l'exposé des symptômes, d'indiquer en quelques mots les caractères appartenant à l'inflammation des reins qui est occasionnée par les calculs, et qui est, il ne faut pas l'oublier, très différente de la colique néphrétique. En négligeant cette distinction, M. Chomel (1) a tracé une description qui ne permet pas de saisir parfaitement ce qui doit être uniquement rapporté à l'inflammation du rein, des accidents produits par les corps étrangers dans les conduits urinaires qu'ils irritent, et, en particulier, de l'engagement d'un calcul dans la partie supérieure de l'uretère.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

Suivant M. Rayer, il faut comprendre (2) « sous le nom de néphrite simple toutes les inflammations des substances corticale et tuberculeuse des reins produites par une cause mécanique ou accidentelle, et qui sont indépendantes d'une disposition constitutionnelle, d'une diathèse ou de l'action d'un poison morbide. »

Je ne crois pas qu'on doive admettre une semblable définition. D'une part, elle est obscure ; on ne saurait, en effet, déterminer la valeur de cette expression, une cause accidentelle, puisqu'on peut se demander quelle est la cause accidentelle qui, dans certaines néphrites spontanées citées par M. Rayer lui-même, a déterminé la production de la maladie ; et, d'autre part, il n'est nullement prouvé que les inflammations rénales, rangées par cet auteur dans les néphrites par poison morbide, aient un caractère essentiellement différent des autres. Ainsi, par exemple, l'inflammation des reins qui survient dans la fièvre typhoïde n'est autre chose qu'une lésion inflammatoire secondaire qui est produite par la violence de la fièvre, comme tant d'autres, mais qui, *rien ne le prouve du moins*, n'emprunte point un caractère spécial au génie de la maladie principale.

D'un autre côté, la définition proposée par les auteurs du *Compendium* (3) me paraît un peu trop générale, puisque, dans certaines inflammations des reins survenues chez des rhumatisants, la maladie a pour caractère anatomique le dépôt d'une substance particulière, ce qui indique un travail morbide spécial et différent de celui qui a lieu dans l'inflammation simple. C'est donc, ce me semble, aller un peu trop loin que de dire : « On doit désigner sous le nom de *néphrite simple* toute inflammation partielle ou générale de la substance du rein, quelle qu'en soit la cause. »

Je pense qu'on doit donner seulement le nom de *néphrite simple* à celle qui, produite par une cause quelconque, ne laisse après la mort que les produits

(1) *Recherches sur la néphrite*, etc. (*Arch. gén. de médecine*, 1837).
(2) *Loc. cit.*, t. I, p. 295.
(3) *Compendium de médecine*, t. VI, art. *Néphrite*, p. 154.

ordinaires de l'inflammation, c'est-à-dire la rougeur, le gonflement, le ramollissement et la suppuration. Par là nous écartons la *néphrite rhumatismale*, la *néphrite albumineuse*, et peut-être quelques autres sur lesquelles nous ne pouvons nous expliquer encore, parce qu'il faut préalablement les étudier avec soin. Faisons observer toutefois qu'il ne s'agit dans cette discussion que de la *néphrite aiguë*, et reconnaissons que cette définition de la néphrite simple en général donnée par les auteurs du *Compendium* s'applique parfaitement à la forme chronique, comme ils l'ont démontré en combattant la manière de voir de M. Rayer.

Cette affection a reçu les noms de *nephritis*, *fièvre néphrétique*, *inflammation des reins*, *néphritie* et même *colique néphrétique*, parce que, comme je l'ai dit, toutes les maladies des reins donnant lieu à des symptômes aigus ont été décrites comme de véritables néphrites.

La *fréquence* de la néphrite simple n'est pas grande ; ce qu'il y a surtout de remarquable, c'est l'extrême rareté de la néphrite aiguë simple développée spontanément. C'est au point que M. Chomel a pu mettre un moment en question l'existence même de la maladie : « Quand on a consulté, dit-il, les divers recueils d'observations et lu les différents ouvrages relatifs aux maladies des reins, on trouve si souvent la néphrite développée par des causes directes, telles qu'un coup, une blessure, et surtout par la présence des calculs dans les bassinets ou dans les uretères, ou par tout autre obstacle au cours de l'urine, qu'on peut se demander si les reins ne seraient pas, par leur structure ou leur position, ou toute autre condition inconnue, à l'abri de ces inflammations que nous avons appelées spontanées parce que nous ne connaissons pas les causes qui les produisent, et exposés seulement aux inflammations soit accidentelles, soit symptomatiques. » La pensée exprimée par M. Chomel s'offre, en effet, naturellement à l'esprit ; cependant, en présence d'un certain nombre d'observations, on ne peut conserver un pareil doute ; aussi cet auteur s'empresse-t-il d'ajouter : « Néanmoins la distinction admise par tous les auteurs d'une néphrite calculeuse et d'une néphrite essentielle, un certain nombre d'observations relatives à des suppurations des reins, dans lesquelles il n'est pas fait mention de la présence des calculs, quelques faits très rares dans lesquels des auteurs dignes de confiance indiquent d'une manière expresse l'absence de ces calculs, ne permettent point de rejeter l'existence de la néphrite spontanée..... » Des exemples de néphrite simple spontanée ont été rapportés dans l'ouvrage de M. Rayer ; ils sont très peu nombreux. La néphrite par violence externe, ou néphrite traumatique, est plus fréquente ; mais c'est l'inflammation des reins causée par des calculs urinaires qu'on observe presque toujours.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Il n'est pas douteux que la maladie dont il s'agit ici ne soit, d'une manière générale, bien plus fréquente dans l'*âge* adulte et dans la vieillesse que dans l'enfance. Cependant il faut, à ce sujet, faire une distinction : la néphrite causée par la présence des calculs, ou néphrite calculeuse, est relativement moins rare dans la seconde enfance que les autres espèces, ce qui tient à ce que, comme chacun sait, la formation des calculs dans les voies urinaires est assez fréquente à cette époque de

la vie. C'est pour la même raison que les vieillards sont beaucoup plus sujets que les adultes à cette espèce de néphrite.

M. Rayer a cherché à étudier l'influence du *sexe* sur la maladie; malheureusement il a confondu, dans l'appréciation des causes, la *néphrite aiguë* et la *néphrite chronique*, dont il se contente d'étudier séparément les symptômes. Il dit au reste que les chiffres qu'il a pu rassembler sont insuffisants. M. Chomel n'a pas fait mention de cette cause prédisposante. En somme, quoiqu'on pense que la néphrite aiguë est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, c'est un fait qui n'est pas démontré.

On n'a point fait de recherches satisfaisantes sur l'influence de la *constitution* et du *tempérament*.

« Quant à la fréquence de la néphrite simple (1) dans les différents *climats*, dit M. Rayer, il est encore plus difficile d'avoir une opinion à cet égard ; car on manque de tableaux comparatifs dressés avec soin sur un certain nombre de points. Je n'accueillerai donc qu'avec une extrême réserve quelques observations particulières qu'on s'est hâté de généraliser. Ainsi on a dit que la néphrite et les affections calculeuses étaient plus communes dans les pays froids et humides que dans les pays chauds ; mais, d'un autre côté, on sait que la gravelle urique, l'hématurie et les coliques néphrétiques sont endémiques à l'île de France, située sous les tropiques. »

Le même auteur s'exprime ainsi relativement à l'opinion qui admet la plus grande fréquence de la néphrite dans le rein gauche que dans le rein droit: « C'est, dit-il (2), une opinion fort ancienne, née d'un petit nombre d'observations, que le rein gauche est plus exposé à l'inflammation que le rein droit ; les calculs sur lesquels repose cette assertion doivent être répétés sur une plus grande échelle. » Dans onze cas observés par M. Louis et dont M. Cossy m'a transmis le résumé, la néphrite, survenant toujours *dans le cours d'autres maladies*, occupait les *deux reins*.

On voit que tout n'est qu'incertitude sur les causes prédisposantes que nous venons de passer en revue. Il en est de même relativement à l'influence de la *vie sédentaire*, de l'*habitude de rester longtemps au lit*, de *coucher sur la plume*, d'*avoir une nourriture trop succulente*, et même de l'*hérédité*, conditions citées par M. Chomel d'après les auteurs. Toutefois il faut dire que, pour ce qui concerne l'*hérédité*, on doit porter un jugement un peu moins absolu, parce que, comme nous le verrons plus tard, cette cause est une de celles qu'on remarque dans l'étiologie des calculs urinaires qui donnent, plus souvent que toute autre condition morbide, naissance à l'inflammation du rein. Ce que j'ai surtout voulu faire remarquer, c'est que les recherches sur ces divers points d'étiologie sont tout à fait insuffisantes.

2° Causes occasionnelles.

J'ai dit plus haut qu'on a observé assez souvent une néphrite par *violence extérieure*, ou néphrite *traumatique*. La maladie est alors causée par une *contu-*

(1) Il ne faut pas oublier que M. Rayer parle à la fois de la néphrite aiguë et de la néphrite chronique.

(2) *Loc. cit.*, t. I, p. 298.

sion du rein, par une *plaie* de cet organe, par de violentes *secousses*, une forte *commotion*, et même, suivant M. Rayer, par un *effort musculaire*, dans lequel les parois du ventre se sont violemment contractées. Sans nier absolument l'existence de cette dernière cause, qui du reste est reconnue par tous les auteurs, je dirai que je n'en ai pas trouvé d'exemples authentiques, et que dans les cas de néphrite traumatique cités par M. Rayer il y a eu toujours une cause plus directe, comme un *coup de pied de cheval*, une *chute sur les reins*, une *plaie*, etc.

La néphrite causée par la présence d'un calcul, ou *néphrite calculeuse*, se rapproche de la précédente sous le rapport de l'étiologie. Il s'agit toujours en effet d'une violence ou plutôt d'une *action mécanique* exercée sur les reins; seulement, dans les cas de calculs, ces corps étrangers exercent leur action dans l'intérieur même de l'organe. L'irritation et parfois l'inflammation qu'ils déterminent dans les calices et le bassinet se communiquant à la substance du rein, il en résulte une néphrite plus ou moins profonde.

Il faut encore rapprocher de ces causes la *distension des organes par l'urine et le pus*. On trouve un assez grand nombre d'exemples de ce genre où l'inflammation du rein a été déterminée par un obstacle mécanique variable suivant les cas. Ce sont : 1° La présence d'un *calcul obstruant l'uretère ;* 2° une *végétation* produisant le même effet ; 3° des *tumeurs* comprimant ce canal ; 4° des *affections de la vessie*, du *rectum*, de l'*utérus ;* et 5° enfin, d'après M. Rayer, la *paraplégie*, qui détermine la paralysie de la vessie, et par suite l'accumulation du liquide dans les voies urinaires. L'influence de ces causes n'a point été étudiée de manière qu'on puisse se former une conviction bien complète. J'ai dû me borner à désigner l'état de la science sur ce point.

Viennent ensuite d'autres causes qu'on doit considérer comme agissant d'une manière directe, quoique moins immédiate. C'est d'abord l'*usage de certains diurétiques :* « Le *nitrate de potasse*, dit M. Rayer (1), administré à des doses très élevées, ou pris à des doses toxiques, peut aussi déterminer l'inflammation des reins. Huzard a constaté expérimentalement ce fait sur le cheval (2) ; quelques observations faites sur l'homme tendent à le confirmer. » On voit que l'action du nitrate de potasse, comme cause de la néphrite, n'est appuyée que sur des faits assez peu concluants. Huzard, dans l'observation qu'il a citée, a expérimenté sur un cheval morveux, c'est-à-dire dans des conditions où la suppuration des organes s'établit facilement; ces conditions étaient bien mal choisies. Quant aux expériences sur l'homme, qui ne sont qu'énoncées, on peut leur opposer ce dont nous avons été témoins dans ces derniers temps, où le nitrate de potasse a été donné à des doses très considérables aux sujets affectés de rhumatisme articulaire aigu ; les auteurs n'ont pas signalé l'inflammation du rein. Il est vrai que ces sujets étaient aussi dans des conditions particulières. En somme, si l'excitation produite par les diurétiques nous permet de supposer qu'à un certain degré elle peut dégénérer en une véritable inflammation, il faut convenir que nous n'avons pas, pour nous convaincre, une démonstration rigoureuse.

L'action de l'huile de *térébenthine* n'est pas mieux établie, quoique des obser-

(1) *Loc. cit.*, t. I, p. 443.

(2) *Expér. et obs. sur les effets du nitre chez le cheval* (*Journ. de méd., de chir. et de pharm.*, janvier, 1788).

vations de F. Home (1), de Chopart (2), de Martinet (3), cités par M. Rayer, aient fait voir que cette substance produisait une excitation plus ou moins vive des voies urinaires, et un trouble marqué dans l'excrétion de l'urine. Nous ne pouvons encore avoir sur ce point que des présomptions ou des probabilités plus ou moins grandes.

Les effets des *cantharides* sur l'appareil urinaire sont bien connus de tout le monde, et lorsque nous arriverons à l'histoire des maladies de la vessie, nous aurons à revenir sur l'action de cette cause; mais ici, il faut le dire, les observations propres à prouver la réalité de leur action dans la production de la néphrite sont bien loin de présenter toutes les conditions nécessaires. M. Rayer n'en cite que trois. Dans la première (4), il est dit simplement que les uretères et les reins étaient enflammés, sans qu'il soit même fait mention de la vessie; dans la seconde, il s'agit d'une phthisique à laquelle on avait appliqué, *depuis un temps indéterminé*, un vésicatoire, et qui, dans le cours de son affection, fut prise d'envies fréquentes d'uriner, avec urines rares et difficiles, et une douleur augmentée par la pression au niveau du muscle carré des lombes du côté droit. Ces symptômes se dissipèrent en très peu de jours. Y avait-il, dans ce cas, plus qu'une simple excitation de tout l'appareil urinaire? et la douleur, qui avait son siége au niveau du rein droit, suffit-elle pour faire admettre ce diagnostic? Nous verrons plus loin, en étudiant les symptômes et la marche de la maladie, que ces signes ne sont pas suffisants. Enfin, dans la troisième observation, empruntée à M. Giacomini (5), voici ce qui se rapporte à l'état des voies urinaires : « A peine avait-il fini de prendre les cinq huitièmes de grain de cantharidine..., l'urine était devenue déjà abondante, et il la rendait librement d'abord; puis il a senti une douleur au rein droit et une légère chaleur à l'urètre.... A midi..., les urines se suppriment tout à fait; le malade accuse une douleur intense aux reins, dans le trajet des uretères et à la vessie. » Je ne crois pas que ces faits puissent faire admettre rigoureusement l'existence d'une inflammation de la substance rénale elle-même, d'autant plus que, dans ce dernier cas, comme dans le précédent, et d'une manière plus frappante encore, les symptômes se sont dissipés avec une extrême rapidité, ce qu'on n'observe pas lorsqu'une inflammation s'est réellement établie. Rappelons, du reste, que les expériences de M. Orfila, citées par M. Rayer lui-même, n'ont jamais eu pour résultat l'inflammation des reins, quoique l'empoisonnement ait été déterminé avec la poudre, le principe volatil, l'huile verte, l'extrait aqueux et l'extrait alcoolique de cantharides. Enfin dans un des cas observés par M. Bouillaud (6), et dont je reparlerai dans l'article *Pyélite*, le sujet ayant succombé, on n'a trouvé de traces d'inflammation que dans les calices, les bassinets et les uretères.

J'insiste sur cette étiologie, parce qu'il est toujours très important de rechercher si les causes des maladies sont rigoureusement étudiées, et qu'on n'a que trop de tendance à accepter comme parfaitement prouvés des faits qui sont seulement probables. D'ailleurs, dans le cas particulier dont il s'agit, il ne peut pas être indifférent

(1) *Medical facts and exp.*; London, 1758.
(2) *Traité des malad. des voies urinaires*; Paris, 1821, t. II.
(3) *Mém. sur l'empl. de l'huile de térébenth. dans la sciatique*, etc.; Paris, 1823.
(4) Extraite de la *Gazette de santé*, mai 1819.
(5) *Faits relatifs à la vertu thérapeutique de la cantharidine* *Lancette française*, 1838).
(6) *Rev. méd.-chir. de Paris*, janv. et févr. 1848.

au praticien, chargé parfois de constater les désordres occasionnés par les substances toxiques, de savoir quelle est l'action réelle de ces substances sur les divers organes.

L'action du *froid humide*, surtout le corps étant en sueur, est rangée parmi les causes de la néphrite simple aiguë, et M. Rayer a rassemblé quelques observations dont la plupart présentent tous les symptômes d'une inflammation rénale bien caractérisée. Je citerai en particulier celles qui appartiennent à MM. Sellier (1), Bressand (2) et Boullet (3). Cependant il est très certain que cette cause n'a qu'une influence très limitée ; car la néphrite produite par elle est très rare, et peut-être l'existence d'une prédisposition particulière est-elle nécessaire pour sa production.

Telles sont les principales causes attribuées à la néphrite simple aiguë. Il est facile de voir que presque tout reste encore à faire pour éclairer ce sujet difficile et qui doit être signalé aux observateurs.

§ III. — Symptômes.

Dans la description des symptômes, il faut, comme je l'ai dit plus haut, distinguer la néphrite simple aiguë, non déterminée par les calculs urinaires, de la néphrite calculeuse. La première fera presque exclusivement l'objet de ce paragraphe, tandis qu'il suffira d'indiquer quelques particularités de la seconde. Ce n'est pas, en effet, par elle-même que la néphrite calculeuse diffère de la néphrite simple non calculeuse, mais uniquement par les phénomènes que déterminent les calculs ; et, comme ces phénomènes ne lui appartiennent pas en propre et seront exposés avec de grands détails dans un des articles suivants, ce serait tomber dans des répétitions que de leur accorder plus qu'une simple mention.

Néphrite non calculeuse. Début. « Que la néphrite aiguë, dit M. Rayer, survienne à la suite d'une plaie, d'une contusion du rein, de l'impression du froid et de l'humidité, de l'absorption de substances âcres ou vénéneuses, d'une rétention d'urine, etc., son invasion est presque toujours marquée par un *frisson* plus ou moins prolongé. Lorsque la maladie est légère, lorsqu'elle ne porte que sur un des reins ou sur quelques points seulement de sa surface, le frisson peut être léger et passer inaperçu. » Il y a beaucoup d'exagération dans cette proposition, si l'on s'en rapporte aux faits cités par M. Rayer lui-même. Le frisson n'est, en effet, mentionné ni dans les néphrites traumatiques, ni dans les néphrites aiguës survenues sans cause connue ; et si l'une des observations intitulées par M. Rayer *Néphrite simple avec symptômes cérébraux* est remarquable par la violence du frisson initial, il n'est pas moins digne de remarque que les deux autres, empruntées à Abercrombie (4), n'ont nullement débuté de cette manière. Ce qu'il faut dire pour être dans le vrai, c'est que, dans la minorité des cas, la néphrite simple aiguë débute par un frisson plus ou moins violent, et que, généralement alors, il s'agit d'une inflammation intense. Dans les autres cas, la douleur est le premier phénomène observé, puis viennent les troubles de la sécrétion et de l'excrétion de

(1) *Diss. sur la néphrite* ; Paris, 1832.
(2) *Id.*, thèse ; Paris, 1814.
(3) *Id.*, thèse ; Paris, an XII.
(4) *The Edinb. med. and surg. Journ.*, t. XVII.

l'urine, et les autres phénomènes qui vont être décrits. Les cas qui m'ont été communiqués par M. Cossy sont venus me confirmer dans cette manière de voir. Sous ce rapport donc, l'inflammation des reins ne diffère pas de celle des autres organes, et le frisson qu'elle présente n'a rien de particulier.

La néphrite aiguë qui a été occasionnée par une contusion ou une blessure du rein a cela de particulier, relativement à son début, qu'elle survient au milieu des symptômes produits par la blessure ou par la contusion, ou bien que, ceux-ci s'étant calmés, elle se manifeste par les signes qui lui sont propres. De même, cette maladie se produisant parfois, ainsi que nous l'avons vu, dans le cours d'autres affections des voies urinaires, c'est au milieu des phénomènes causés par ces dernières qu'il faut chercher ceux qui annoncent l'invasion du rein par l'inflammation, et qui sont l'apparition ou la recrudescence de la douleur rénale, et parfois le frisson.

Symptômes. La *douleur*, qui, contrairement à l'assertion de M. Rayer, s'est montrée fréquemment comme le premier symptôme de la néphrite aiguë, n'occupe ordinairement, suivant cet auteur, qu'un seul côté; je vois, au contraire, que dans ceux qui ont été observés par M. Louis, elle a toujours existé dès le début dans les deux régions rénales. Parfois, après avoir envahi un rein, elle se porte à celui du côté opposé. Quant à la limite que peut occuper cette douleur dans ces régions, il est impossible de la déterminer rigoureusement. Contentons-nous donc de dire, avec M. Rayer, que quelques auteurs ont donné pour limites à la douleur du rein gauche, d'une part la onzième côte, et de l'autre la crête de l'os des iles, et à celle du rein droit ce dernier point et la douzième côte. Suivant M. Naumann (1), la douleur du rein droit gagnerait le foie, et celle du rein gauche les parties inférieures. Ce qu'il importe de savoir, c'est que le point de départ de la douleur est au niveau du muscle carré des lombes, et qu'on observe des *irradiations* que nous allons indiquer.

Ces irradiations n'ont pas lieu dans tous les cas, et il est très probable qu'on aurait trouvé un plus grand nombre d'exceptions, si l'on n'avait pas confondu dans une seule description la néphrite simple non calculeuse et la néphrite calculeuse. Mais cette confusion est si grande, qu'il est impossible de distinguer clairement, dans les auteurs, les symptômes causés par l'inflammation de la glande urinaire et ceux qui sont produits par l'irritation que détermine la présence des calculs. M. Rayer, qui, plus que les autres auteurs, a recherché ce qui appartient en propre à la néphrite proprement dite, est aussi celui qui a reconnu le plus explicitement la possibilité de cette concentration de la douleur dans la région du rein. Cependant il serait inexact de dire que, lorsqu'il n'existe aucun calcul, la douleur ne s'irradie pas, car elle peut se porter au loin, en suivant certaines directions. Il résulte de la lecture des observations rassemblées par M. Rayer, que lorsque la néphrite n'est pas causée par les calculs, la douleur s'irradie presque invariablement le long des uretères, de la vessie et du canal de l'urètre, et qu'elle gagne le testicule et même la cuisse du côté affecté. Dans les cas où l'on a vu cette douleur se porter vers l'estomac, vers le foie et vers l'épaule, on a eu presque toujours, si ce n'est toujours, affaire à une néphrite calculeuse. C'est donc là un phénomène important.

Les *caractères de la douleur* varient suivant les cas. Elle est quelquefois très

(1) *Handbuch der medicin. Klinik.*, t. VIII.

vive et paraît superficielle, et plus souvent elle est sourde et profonde. Si l'on ne distinguait pas la néphrite non calculeuse de la néphrite calculeuse, il faudrait s'exprimer différemment, car les douleurs causées par l'action d'un calcul sont presque toujours très vives, et l'on peut dire que la douleur due à l'inflammation n'égale jamais celle que produit un calcul qui se déplace. Nous trouvons ici la même différence que nous avons signalée entre la douleur due à l'inflammation du parenchyme du foie et celle que produit un calcul biliaire engagé dans les conduits d'excrétion de ce viscère.

Voici ce que dit M. Rayer relativement à la forme de la douleur : « On a dit que la douleur rénale était quelquefois pulsative, mais il est bien rare qu'elle se présente avec ce caractère ; ce sentiment de pulsation est au contraire ordinaire dans les périnéphrites. » J'ajoute que, d'après les observations de néphrite non calculeuse, la douleur consiste ordinairement dans un sentiment de tension souvent extrêmement incommode.

Un phénomène particulier qui a été signalé par M. Rayer, et qu'il importe de connaître, est le suivant : « On a vu des cas, dit cet auteur, dans lesquels la douleur à la vessie était plus vive que la douleur rénale ; il y avait en même temps émission fréquente de très petites quantités d'une urine décolorée et transparente, sans globules muqueux ; et dans des cas où la vessie avait été le siége principal, sinon exclusif, des douleurs, elle n'a présenté, après la mort, que des lésions très légères, tandis que les reins étaient profondément altérés. »

Quoique les points qui viennent d'être indiqués soient ceux qui sont ordinairement occupés par la douleur, il ne faut pas croire qu'ils en soient toujours uniquement le siége. Dans plusieurs observations, en effet, je trouve qu'une grande partie de l'abdomen et la région lombaire tout entière étaient occupées par des douleurs assez vives. Mais, même dans ces cas, ce sont les points dont il s'agit qui sont principalement douloureux.

Ce que je viens de dire s'applique à la *douleur spontanée ;* il importe maintenant d'étudier la *douleur à la pression* et l'augmentation de ce symptôme sous quelques influences particulières, ce qui n'offre pas moins d'intérêt. Je me contenterai de citer M. Rayer, qui a étudié les faits avec soin, sous ce rapport : « Si, dit-il, on pose la main sur la partie antérieure de la région lombaire, et qu'avec l'autre main appliquée en arrière de la même région, on presse fortement, le malade, pour éviter la douleur, soulève quelquefois brusquement le bassin, en arquant la partie inférieure du tronc.

» La douleur rénale augmente lorsque les malades s'assoient, se courbent en avant, etc.; par la commotion de la toux, par l'éternument, par une inspiration profonde, et généralement dans tous les mouvements du tronc.

» La douleur rénale peut être augmentée par le coucher sur le côté affecté ; lorsque les deux reins sont enflammés, le malade est étendu sur le dos.

» La chaleur du lit ou l'application de corps chauds augmentent quelquefois la douleur. »

Quant à la *marche de la douleur*, on a dit qu'elle offre cela de remarquable, qu'elle n'est pas continue, et qu'elle a des exacerbations séparées par des moments de calme très marqués. En lisant les observations, je n'ai vu cette particularité très prononcée que dans un très petit nombre de cas qui avaient une physionomie

particulière; dans les autres, la douleur offrait quelques exacerbations, mais restait assez vive dans les intervalles. C'est ce qui avait lieu chez les onze malades observés par M. Cossy dans le service de M. Louis.

Si l'on examine la région dans laquelle s'est développée cette douleur si incommode, on n'observe rien de particulier ni sous le rapport de la conformation, ni sous le rapport de la coloration et de la température ; le siége de l'inflammation est trop profond pour qu'on puisse en apercevoir aucune trace à la surface. M. Rayer a néanmoins cité un cas où l'on pouvait sentir une *tumeur* au-dessous du bord libre des côtes, point dans lequel il y avait une vive douleur. Mais les cas de ce genre sont tout à fait exceptionnels.

On a dit que la *percussion* pourrait être utile pour éclairer le diagnostic de l'inflammation des reins; mais les expériences fatigantes pour les malades, et sans résultat utile, qui ont été faites par M. Piorry, ne doivent pas engager le médecin à employer ce moyen d'exploration. Par la percussion, on ne peut que reconnaître l'existence de la douleur rénale ; mais nous avons vu que la palpation, convenablement pratiquée, suffit parfaitement pour cela ; et en supposant même qu'on parvînt à déterminer rigoureusement, par ce moyen, l'augmentation de volume du rein, devrait-on acheter la connaissance d'un signe d'une importance aussi secondaire au prix de tous les désagréments que l'exploration occasionne au malade, lorsque nous avons tant d'autres signes qui indiquent l'inflammation rénale, affection qui, quel que soit son siége précis, réclame les mêmes moyens de traitement. Je sais, et je l'ai dit et répété souvent, qu'il faut en médecine des recherches exactes ; mais il y a en tout des excès qu'on doit éviter, et celui que je signale ne paraîtra pas contestable à un médecin sérieux.

Après la douleur, le symptôme le plus important est, sans contredit, le trouble toujours très marqué qu'on observe dans la *sécrétion* et dans l'*excrétion de l'urine*. M. Rayer a, sous ce rapport, donné un résumé exact des observations qu'il a rassemblées, et je ne peux, par conséquent, mieux faire que de lui emprunter sa description : « Lorsque, dit-il (1), la maladie est à son *début* ou dans son *état*, l'urine est modifiée dans sa *quantité*, dans son *apparence* et dans sa *composition*. La sécrétion de l'urine est toujours diminuée et quelquefois complétement supprimée, surtout lorsque les deux reins sont affectés. L'excrétion de l'urine est rare (deux ou trois émissions dans les vingt-quatre heures), ou bien le malade, tourmenté par des besoins continuels d'uriner, ne rend que quelques gouttes d'urine à la fois; et si l'on introduit une sonde dans la vessie, on ne retire que quelques gouttes d'urine très colorée... »

Ces symptômes ont été étudiés avec plus de rigueur dans les cas que M. Cossy a recueillis dans le service de M. Louis. Ce qu'on a observé dans ces cas qui peuvent être regardés comme des néphrites simples est trop intéressant pour que je puisse me dispenser de rapporter ici la note qui m'a été communiquée à ce sujet par M. Cossy. Je la reproduis textuellement : « Onze malades ont éprouvé dans le cours d'affections diverses, et pendant leur séjour à l'hôpital, les accidents suivants : Douleurs plus ou moins intenses aux lombes, diminution notable ou même suppression presque complète des urines ; chez quelques uns il y avait accélération du

(1) *Traité des maladies des reins*, t. I, p. 302.

pouls, et de la chaleur. Chez tous les malades, les symptômes se dissipèrent soit spontanément, soit à la suite d'application de sangsues ou de ventouses scarifiées aux régions lombaires, et dans aucun cas ne persistèrent au delà de quarante-huit heures. A part sa diminution de quantité, l'urine n'offrit chez aucun sujet d'altération appréciable dans ses caractères physiques. »

« L'urine, dit M. Rayer, contient toujours une certaine quantité de *sang* dans la *néphrite aiguë traumatique*, lorsque l'inflammation se déclare peu de temps après la blessure. On voit aussi quelquefois une certaine quantité de sang ou de sérum se mêler accidentellement avec l'urine, la rendre sanguinolente ou albumineuse dans d'autres néphrites simples aiguës, produites par l'impression du froid et de l'humidité, ou par l'absorption des cantharides. »

M. Rayer signale ensuite la *présence de l'albumine* dans un bon nombre de cas de néphrite simple, et fait observer que cette substance ne se montre pas, en pareil cas, d'une manière constante; puis il constate que ce liquide est légèrement acide, quelquefois neutre ou alcalin, que l'acide urique et les urates y sont en moins grande proportion que dans l'urine saine, et que le dépôt muqueux, ou plus rarement le léger sédiment de pus qui peut se montrer dans l'affection qui nous occupe, appartient, non à la néphrite elle-même, mais à l'extension de l'inflammation aux calices et au bassinet; enfin il ajoute :

« L'apparence ou les *caractères physiques* de l'urine sont nécessairement variables dans la néphrite simple aiguë. Lorsque l'urine contient une certaine quantité de sang, elle peut être d'un rouge plus ou moins vif ou d'un brun foncé; ce qui a fait dire à quelques pathologistes que, dans la néphrite, l'urine avait une teinte plus foncée que dans aucune autre maladie inflammatoire.

» Dans une variété de néphrite (néphrite arthritique), l'urine présente quelquefois une teinte foncée due à un excès de matière colorante de l'urine. Dans ce cas, l'urine est très acide et offre par le refroidissement un dépôt considérable d'acide urique et d'urates. » J'ai cité cette assertion de M. Rayer, quoique jusqu'à présent il n'ait point été question de cette variété de néphrite, dont je dirai un mot plus tard; j'ai cru devoir le faire, parce que cette proposition tend à propager une erreur. On pourrait croire, en effet, en lisant ces lignes, que les caractères de l'urine, qui viennent d'être indiqués, appartiennent à la néphrite elle-même, que sans l'existence de la néphrite ils ne se manifesteraient pas; mais à propos de la *néphrite rhumatismale*, l'auteur dit lui-même que cette apparence des urines est un symptôme de la maladie générale, et n'est nullement de nature à faire soupçonner l'affection des reins. Il était important de constater ce fait.

« Lorsque la néphrite simple aiguë, ajoute M. Rayer, est dans son état ou à son summum, et lorsqu'elle n'a pas été produite par une plaie ou une contusion, le plus souvent l'urine ne contient pas de sang; alors elle est *pâle*, ou peu colorée, peu chargée d'acide urique; ce qui a fait ajouter que, dans la néphrite, au plus haut degré d'intensité, l'urine était tout à fait aqueuse.....

» On a dit que dans la néphrite l'urine était trouble et purulente lorsque la maladie se terminait par suppuration, et que l'urine présentait alors un sédiment blanc et purulent. Mais ce caractère appartient bien rarement à la néphrite. Ordinairement le pus est le produit de l'inflammation de la membrane interne du bassinet, de l'uretère, de la vessie et de l'urètre, qui complique souvent, il est

vrai, celle des substances rénales proprement dites. Dans des cas de néphrite simple aiguë avec dépôts de pus dans la substance corticale, sans inflammation du bassinet et des autres parties des voies urinaires, j'ai constaté plusieurs fois, pendant la vie, que l'urine *ne contenait pas de pus*. On a regardé comme provenant de la substance rénale proprement dite en suppuration le pus fourni par de véritables pyélites aiguës ou chroniques. Je n'ai rencontré, dans l'urine, le pus provenant des substances rénales que dans des cas très rares où les mamelons étaient atteints d'une inflammation ulcérative, ou lorsqu'un foyer de pus, formé dans le rein, s'était fait jour dans le bassinet. » Dans les cas de suppuration des reins, recueillis par M. Cossy, les urines n'ont pas été purulentes, mais seulement troubles, ce qui vient confirmer les remarques de M. Rayer.

« En résumé, ajoute cet auteur, de tous les caractères que présente l'urine dans la néphrite simple aiguë, il n'en est aucun qui, considéré en lui-même, puisse faire reconnaître cette maladie. »

J'ai cru devoir donner ces détails, quoiqu'ils ne nous aient conduits qu'à des résultats négatifs, parce qu'aujourd'hui les médecins s'occupant beaucoup des altérations des humeurs dans les maladies, il est indispensable de savoir ce qu'ont produit les recherches déjà entreprises, et que, pour le diagnostic, il faut avoir un point de comparaison précis. Si M. Rayer est parvenu à des résultats différents de ceux que les auteurs qui l'ont précédé ont annoncés d'après une simple inspection, c'est que, d'une part, il a examiné les choses de plus près, et que, de l'autre, il a distingué l'inflammation de la substance même du rein de celle des premières parties des conduits urinaires. Or, comme cette distinction a son importance, et que nous l'avons admise, ce sont ces résultats que nous devons adopter.

M. Becquerel (1), ayant recherché, dans un petit nombre de cas (six) de néphrite sans inflammation des conduits urinaires, l'état des urines, a trouvé tout simplement qu'elles étaient *fébriles* (c'est-à-dire peu aqueuses, foncées en couleur et chargées de matières salines, car c'est là ce que cet auteur entend par l'expression d'*urines fébriles*) sans autre altération. Mais cela ne change rien à ce que nous venons de dire, car tout dépend de l'époque à laquelle l'observation a été faite; et, comme M. Becquerel ne nous l'apprend pas, nous n'avons aucune déduction à tirer de ces faits.

La *rétraction du testicule* du côté malade a été observée un assez grand nombre de fois, et sur trois cas en particulier où la néphrite s'était développée sans cause appréciable, ce phénomène s'est montré deux fois. En pareil cas, le testicule se porte vers l'anneau, laissant le scrotum de son côté ridé et revenu sur lui-même. Parfois cette rétraction est douloureuse. Je dois toutefois faire remarquer, à propos de ce symptôme, qu'il est probable que, dans plusieurs des cas cités comme des exemples de néphrite simple avec rétraction du testicule, il y avait plutôt une pyélite causée par un calcul rénal; car la néphrite, en l'absence de calcul des reins, affecte bien rarement un seul de ces organes. C'est ce qui résulte de l'examen des faits observés par M. Louis et recueillis par M. Cossy. De tous ceux, en effet, où l'existence de la néphrite a pu être vérifiée par l'autopsie, il n'en est aucun où une néphrite simple soit aiguë, soit chronique, ait été bornée à l'un des reins. Or,

(1) *Seméiotique des urines*; Paris, 1841.

comme la rétraction du testicule n'est presque jamais mentionnée que d'un seul côté, il est plus que probable qu'elle a été occasionnée maintes fois par une véritable *colique néphrétique*.

Tous les auteurs ont longuement insisté sur les dérangements qui surviennent du côté des voies digestives dans la néphrite simple aiguë ; mais aucun ne les a étudiés avec toute la rigueur nécessaire. On a cité, comme appartenant à cette maladie, les *nausées*, les *vomissements*, les vomituritions, les *douleurs intestinales*, la *constipation ;* mais ces phénomènes appartiennent bien plus à la néphrite occasionnée par les calculs qu'à celle dont il a été question jusqu'à présent ; et s'il est des cas où il y a eu des vomissements de matières bilieuses, muqueuses, ou ayant quelquefois l'odeur urineuse, sans qu'il ait existé aucun calcul dans le rein, on doit les regarder comme entièrement exceptionnels. Ce qui appartient réellement à la néphrite dont il est ici question, c'est l'enduit muqueux de la *langue*, un certain degré de *soif*, l'*anorexie ;* en un mot, des symptômes communs à toutes les inflammations assez intenses pour déterminer un mouvement fébrile.

Les *symptômes* généraux de la néphrite simple aiguë sont très difficiles à apprécier avec les documents qui nous sont fournis par les auteurs. Ce que nous savons de plus précis, c'est que, au moment où l'inflammation prend un assez haut degré d'intensité, le *pouls* devient dur, élevé, fréquent, et que, si la maladie fait de grands progrès, il devient petit, concentré, sans perdre de sa fréquence, ou même en présentant un plus grand nombre de pulsations. En même temps la *peau* est chaude et sèche. On a remarqué dans les symptômes généraux ces exacerbations tranchées, que j'ai déjà signalées à propos de la douleur, et ces exacerbations ont été quelquefois tellement violentes, que la maladie a simulé des accès de fièvre intermittente pernicieuse. Mais ce sont là encore des cas exceptionnels que nous ne devons même accepter qu'avec quelques restrictions, parce qu'il n'est pas parfaitement prouvé que le déplacement d'un calcul ne fût pas uniquement la cause de ces phénomènes rémittents. Dans les faits observés par M. Cossy, il n'y a eu rien de semblable.

Suivant M. Rayer, il n'y a pas un rapport constant entre l'intensité de la fièvre et les principaux symptômes locaux, c'est-à-dire la douleur rénale et la diminution de la sécrétion urinaire. Cette proposition peut être juste ; mais si l'on admettait sans discussion les faits rapportés par l'auteur que je viens de citer, on courrait risque de tomber dans une grande exagération. M. Rayer a rassemblé, en effet, plusieurs cas dans lesquels il y avait *fièvre très violente*, *coma*, *stupeur*, *putridité*, et il les a donnés comme des cas de néphrite simple aiguë. Mais, quand on examine attentivement les observations, on voit qu'il n'est nullement prouvé qu'il n'existât pas, en même temps que l'affection rénale, une maladie générale, et en particulier une *infection purulente*, qui n'a pas été recherchée dans tous les cas, il s'en faut. Il ne répugne pas toutefois d'admettre qu'une maladie qui détermine promptement la suppuration, la désorganisation d'un organe comme le rein, puisse produire des symptômes généraux très intenses; le coma, le délire, la stupeur étant sous l'influence de la fièvre, tout dépend de l'intensité de celle-ci, et l'on sait que, dans la plupart des inflammations, il y a un certain nombre de cas où ce mouvement fébrile est hors de toute proportion ; mais ce qu'il y a de certain, c'est qu'il faut, pour que ce fait puisse être convenablement apprécié et pour qu'on

puisse savoir si la néphrite présente sous ce rapport quelque chose de particulier, que les recherches soient plus exactes et plus rigoureuses qu'elles ne l'ont été jusqu'à présent.

Lorsque la maladie tend à se terminer par la guérison, la fièvre tombe en même temps que la douleur commence à s'apaiser; puis celle-ci disparaît peu à peu; les urines deviennent plus faciles, plus abondantes, et le malade entre promptement en convalescence. Dans le cas contraire, le pouls devient petit et serré, les urines se suppriment, il survient de l'abattement, et c'est alors qu'on voit succomber les malades dans le délire et le coma. Lorsqu'il se forme un ou plusieurs foyers purulents dans la substance du rein, il se manifeste quelques phénomènes dont il importe de dire un mot à part, bien que ce sujet n'ait point été, à beaucoup près, convenablement étudié.

Abcès du rein. Lorsqu'un ou plusieurs abcès se forment dans le rein, on peut croire d'abord (à moins que ces lésions ne soient le résultat d'une infection purulente, auquel cas la maladie générale prédomine), on peut croire que l'affection tend à une terminaison favorable, parce que la douleur se calme et que le malade éprouve un bien-être momentané; mais bientôt le *pouls* reprend de la fréquence; une gêne, une pesanteur, parfois une *douleur pulsative* se font sentir dans la région rénale, et l'on observe enfin de petits frissons revenant par accès, état qui se prolonge pendant plusieurs jours. Les cas de ce genre où l'abcès n'occupe que la substance rénale même sont bien rares, et le plus souvent le tissu qui environne le rein participe à l'inflammation; il y alors complication de *périnéphrite*, pour nous servir de l'expression de M. Rayer.

« Cette collection purulente, dit Boyer (1), produit entre les muscles et le péritoine une tumeur s'étendant plus ou moins dans la région lombaire, et qui se prolonge quelquefois en devant sur les côtés du ventre. Chez quelques individus, la résistance et l'épaisseur des parois de l'abdomen ne permettent pas au liquide de faire saillie au dehors : il se porte alors vers la colonne vertébrale et le bassin, et dans ce cas il est fort difficile de reconnaître sa présence. Néanmoins la chose n'est pas toujours impossible, surtout si l'on prend la précaution de faire coucher le malade sur le côté et de comprimer les parois du ventre en différents sens pour rassembler le pus dans un foyer plus étroit, ce qui rend la fluctuation moins obscure.

» Dans les cas dont nous venons de parler, le diagnostic est très obscur; il l'est un peu moins quand le pus prend sa direction vers les lombes. Quelquefois alors l'abcès forme dans cette région une *tumeur* dans laquelle l'*ondulation* du liquide se fait distinctement sentir. D'autres fois la fluctuation est douteuse, ou ne peut être reconnue : il est même des cas où il n'y a pas de signes extérieurs qui indiquent le siége du pus, si ce n'est quelquefois un empâtement, une œdématie des téguments... Lorsqu'on fait placer le malade sur le ventre ou sur le côté opposé, pour rendre saillante la partie affectée, il éprouve le sentiment d'un poids suspendu à cette partie... »

Dans cette description il n'est pas fait mention de la présence du pus dans les urines, et avec raison, puisque avec M. Rayer on doit reconnaître que dans les cas

(1) *Traité des maladies chirurgicales*, t. VIII, 4ᵉ éd., p. 477.

d'urine purulente le pus vient des calices ou des bassinets et non du rein lui-même. Cependant on a cité quelques faits fort rares dans lesquels un abcès rénal s'est ouvert dans le bassinet ; l'apparition subite d'une quantité considérable de pus dans les urines, qui jusqu'alors avaient eu les caractères décrits plus haut, le soulagement qu'éprouve le malade, l'inflammation de la vessie qui peut résulter du passage de cette matière purulente, serviront à faire reconnaître cette *rupture de l'abcès dans les conduits urinaires.* On a vu aussi quelquefois la collection purulente s'ouvrir et se vider *dans le colon ;* il survient alors absolument les mêmes phénomènes que dans les cas de *rupture d'abcès du foie ou de la vésicule biliaire* dans le même intestin ; il serait par conséquent inutile de reproduire ici des signes déjà exposés avec détail (1). Disons seulement que dans les cas où l'on a été porté à admettre l'existence d'un abcès du rein, on doit, si l'on voit survenir un soulagement très prompt et très considérable, examiner avec soin les selles aussi bien que les urines, car *l'existence du pus dans les selles* est le signe capital de cette rupture de l'abcès rénal dans l'intestin.

M. le docteur Hutton (2) a vu chez un enfant de cinq ans une périnéphrite dans laquelle la capsule propre décollée formait un sac plein de matière purulente qui entourait le rein. Il y avait fistule rénale.

Néphrite calculeuse. Début. Il semble que rien ne soit plus facile que de fixer le début de la néphrite calculeuse, ou, pour mieux dire, de la néphrite produite par la présence d'un calcul. Les auteurs qui n'ont établi aucune distinction entre l'inflammation de la substance du rein et celle des calices et du bassinet, n'ont eu en effet à indiquer que les symptômes violents, subits, qui résultent de l'engagement de ces calculs dans un canal qu'ils irritent, ou de leur déplacement dont la conséquence est de mettre leurs aspérités en contact avec la membrane des cavités où ils se trouvent. Mais comme il n'y a aucun rapport réel entre cet état morbide et les symptômes occasionnés par l'inflammation de la substance rénale elle-même, on ne peut, en bonne logique, dire que c'est là le début de la néphrite.

Si nous examinons les faits, nous voyons qu'il est impossible de dire quel est le moment où l'inflammation a envahi cette substance, et par conséquent de déterminer le début de la maladie qui nous occupe ici. Si l'on parvient plus tard à s'assurer que le rein est atteint de phlogose, les symptômes de colique néphrétique serviront à faire reconnaître la cause à laquelle il faut rapporter cette affection ; ils nous apprendront qu'il s'agit d'une néphrite calculeuse ; mais, je le répète, quand on ne se laisse pas tromper par de simples apparences, on ne peut, avec la plupart des auteurs, attribuer ces symptômes à la néphrite elle-même. Je reviendrai sur ce point lorsque j'aurai à traiter de la colique néphrétique.

Symptômes. Est-il quelque signe certain qui fasse reconnaître l'existence de l'inflammation aiguë de la substance du rein dans les cas de calculs biliaires ?

Il n'y a évidemment que l'*augmentation de volume* et *la grande sensibilité de l'organe*, lorsqu'on peut les constater par la palpation, et encore faut-il être très réservé dans le diagnostic, car l'obstacle qui s'oppose à l'écoulement de l'urine et du pus peut occasionner une distension considérable du bassinet et des calices, d'où résulte une ampliation du rein qui est de nature à en imposer pour une aug-

(1) Voy. *Abcès du foie*, t. III.
(2) *Dubl. quart. journ. of med.*, novembre 1848.

mentation de volume de sa substance. Quant à l'écoulement du sang et de la matière purulente, à la violence des douleurs, à leurs irradiations, à la brusque disparition des symptômes, à leur retour, etc., ce sont des signes de la colique néphrétique, dans laquelle l'inflammation reste le plus souvent bornée aux membranes des calices et du bassinet, et où l'on ne peut pas voir une néphrite proprement dite.

Il résulte de ce que je viens de dire que, dans l'état actuel de la science, la néphrite calculeuse ne doit être regardée que comme une simple extension d'une inflammation bien plus importante, qu'elle n'apporte à la maladie principale aucun changement bien intéressant à constater, et que par conséquent elle ne doit pas préoccuper le praticien.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison de la maladie.

Nous avons vu, en parlant de la douleur et de la fièvre, que ces symptômes ont été regardés comme plus manifestement intermittents dans l'affection qui nous occupe que dans la plupart des autres affections non périodiques ; mais nous avons fait aussi remarquer l'exagération de cette proposition. Il est certain néanmoins que, dans quelques cas de néphrite simple non calculeuse, la maladie a marché de manière à simuler jusqu'à un certain point une fièvre intermittente pernicieuse. M. Rayer en a cité un exemple remarquable ; mais, dans le plus grand nombre des cas, les alternatives d'exacerbation et de sédation n'ont pas été telles, il s'en faut de beaucoup, qu'on puisse établir ce fait en règle générale. Lorsque cette intermittence plus ou moins marquée vient à se montrer, on ne peut s'empêcher de rapprocher les faits de ce genre de ce qu'on observe parfois dans d'autres affections des voies urinaires où le cathétérisme suffit pour produire une fièvre intermittente très marquée. Toutefois il faut attendre, pour apprécier ces faits d'une manière précise, que des observations plus exactes et plus nombreuses soient venues dissiper tous les doutes qui peuvent encore exister.

La *durée* de la maladie est variable suivant les cas. Dans les observations rapportées par M. Rayer, on voit que, lorsque la guérison a eu lieu, elle a pu être en général constatée du septième au neuvième jour, si la néphrite était simple, non calculeuse, et si l'affection ne se terminait pas par suppuration. Nous avons vu plus haut combien était courte la durée de l'affection dans les cas observés par M. Louis, et nous avons en particulier noté que la suppression de l'urine n'avait jamais duré plus de quarante-huit heures. Dans la néphrite calculeuse, il est impossible de dire quelle est la durée du mal, puisqu'on ne peut, d'aucune manière, ainsi que nous l'avons vu plus haut, connaître le moment où l'inflammation s'empare de la substance du rein. Tout ce que nous savons, c'est qu'une fois la cause déterminante (c'est-à-dire le calcul) enlevée, la guérison est extrêmement rapide. Lorsqu'il se forme un ou plusieurs abcès, la maladie a toujours une assez longue durée, car l'évacuation du pus, quelle que soit la voie par laquelle elle se fait, et la cicatrisation de l'organe, demandent toujours un temps considérable.

La néphrite simple aiguë qui n'a pas pour résultat la suppuration est une maladie qui, d'après les observations de M. Rayer, se termine ordinairement par une guérison solide. Mais ici se présentent les objections que j'ai déjà dû adresser à un certain nombre des observations citées par cet auteur. L'ingestion de certains poi-

sons produit-elle une inflammation véritable? Et lorsque les accidents du côté des voies urinaires se sont calmés aussi bien que les accidents généraux, peut-on dire qu'il y a guérison d'une néphrite? C'est ce qui n'est nullement démontré. Mais dans des cas de néphrite simple aussi bien caractérisée que possible, produite par des causes toutes différentes, la guérison a été obtenue, en sorte qu'il ne s'agit ici que d'une question de nombre. D'ailleurs nous avons vu que, dans les cas recueillis dans le service de M. Louis, des accidents notables, et qu'on peut très bien rapporter à une néphrite simple, se sont promptement dissipés.

Lorsque la suppuration s'empare de l'organe, l'affection est presque toujours mortelle, et cette terminaison a lieu soit avant l'évacuation du pus, et pour ainsi dire par la seule force du mal, soit après l'évacuation du pus par diverses voies, et par suite de l'affaiblissement graduel du malade ou des accidents divers qui peuvent survenir. Lorsque j'ai eu à traiter de *la péritonite par rupture d'un abcès*, j'ai mentionné celle des abcès des reins dans le péritoine, cas rare et toujours mortel.

§ V. — Lésions anatomiques.

L'anatomie pathologique de la néphrite a été mieux étudiée que les autres points de son histoire ; mais il me suffira d'indiquer les principales lésions, les détails dans lesquels les auteurs sont entrés n'étant pas de nature à trouver place dans cet ouvrage.

L'augmentation, parfois très considérable de volume, la rougeur et le ramollissement de l'organe, lorsque la suppuration ne s'en est pas encore emparée, sont les lésions caractéristiques de l'inflammation à l'état aigu. C'est la substance corticale qui est le siége de ces altérations. Les diverses formes d'injection d'où résulte la rougeur sont assez nombreuses, d'après les recherches de M. Rayer. Cet auteur a vu un pointillé rouge vif, l'injection marquée des vaisseaux corticaux, d'où il résultait que les polygones veineux étaient plus visibles, etc. Quelquefois les glandules de Malpighi se sont montrées à la coupe et souvent à l'extérieur du rein, sous la forme de petits points noirs isolés ou rapprochés, en groupes ou en stries.

M. Rayer a trouvé quelquefois un endurcissement du rein, au lieu d'un ramollissement, à la suite d'une inflammation aiguë. Est-ce là un mode de terminaison de l'inflammation ? C'est ce que l'analogie doit nous porter à penser ; toutefois on ne doit admettre cette manière de voir qu'avec une certaine réserve, car l'auteur ne nous dit pas combien de temps après le début de l'inflammation est survenue la mort. M. Rayer a vu aussi des points anémiques au milieu de parties rouges endurcies, etc.

Lorsque la suppuration s'est emparée de l'organe, on observe les particularités suivantes : « Le dépôt de pus dans les substances rénales a lieu, dit M. Rayer, sous diverses formes, qu'on rencontre surtout dans la substance corticale, plus fréquemment enflammée que la substance tubuleuse. Pour être reconnus, plusieurs de ces dépôts exigent une assez grande attention. Ainsi de petits dépôts de pus du volume de la tête d'une grosse épingle, situés au centre des polygones du réseau vasculaire du rein, apparaissent à l'œil nu comme des grains de sable blanchâtre,

entourés d'un liséré d'un rouge brunâtre ; presque toujours aussi ils sont entremêlés de petits points rouges, dans lesquels le pus n'est pas encore déposé. »

Mais en général ces petits dépôts sont plus apparents ; ils égalent, suivant M. Rayer, le volume d'une grosse pustule d'impétigo, et peuvent se présenter avec la grosseur d'une noisette et une plus grande encore. Ils sont disséminés ou rassemblés en groupes semblables aux abcès multiples que nous avons décrits dans le foie. Enfin parfois on trouve une infiltration purulente de la substance corticale et tubuleuse. Il est très rare de voir le pus rassemblé en un foyer unique.

M. Rayer a vu quelquefois un véritable ramollissement gangréneux, et la *gangrène du rein* a été indiquée par beaucoup d'auteurs ; je n'en ai pas parlé dans les symptômes, parce que, pendant la vie, on n'a rien observé de particulier dans les cas de ce genre, ou du moins on n'a pris note d'aucun signe important.

Enfin le même auteur a constaté que, dans la néphrite traumatique, et particulièrement à la suite d'une déchirure des reins, il se dépose le plus ordinairement, non du pus, mais de la lymphe plastique, principalement constituée par de la fibrine décolorée.

On voit que les lésions de la néphrite aiguë ne diffèrent pas sensiblement de celles des autres inflammations des parenchymes. La dissémination des foyers purulents est seule remarquable ; mais est-il bien certain que, dans un bon nombre des cas observés, il n'y eût pas une phlébite suppurative dont les abcès multiples sont la conséquence, et, dans les cas de ce genre, devrait-on admettre l'existence d'une inflammation simple ?

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Il suffit de parcourir le paragraphe que M. Rayer a consacré au diagnostic de la néphrite simple, pour s'assurer qu'il présente d'assez grandes difficultés. Les maladies avec lesquelles on pourrait confondre l'inflammation simple aiguë du rein ont leur siége dans le même organe, ou lui sont étrangères ; ce sont les premières qui présentent surtout les difficultés dont je viens de parler.

L'*inflammation des calices et du bassinet* donne lieu aux principaux symptômes de la néphrite ; mais nous avons vu, d'une part, que la présence du pus dans l'urine est un caractère de la *pyélite*, et n'appartient pas à la suppuration du rein lui-même, quoique longtemps on ait pensé le contraire. Il n'y aurait donc rien de difficile dans ce diagnostic, si l'on pouvait s'assurer que le pus ne vient pas de la vessie ; mais suivant M. Rayer, qui a fixé son attention sur ce point, « il est très difficile, pour ne pas dire impossible, dans la plupart des cas, de s'assurer que la vessie est complétement saine. » Voilà donc un diagnostic que nous ne pouvons pas préciser.

Maintenant peut-on dire, avec M. Rayer, qu'il est permis « d'affirmer que les substances rénales sont enflammées, lorsqu'à une douleur aiguë dans un des reins se joignent des vomissements, des symptômes cérébraux ou des symptômes putrides ? » Cette proposition demanderait à être appuyée sur une analyse plus rigoureuse des faits. Sans doute, des symptômes généraux très graves existant, s'il survient des symptômes locaux du côté des reins, on devra admettre que ces organes sont enflammés ; mais il restera à savoir s'il s'agit d'une lésion primitive ou secon-

daire; si la néphrite n'est pas simplement la conséquence d'un violent mouvement fébrile appartenant à une autre maladie, par exemple à l'infection purulente, à la fièvre typhoïde, etc., auquel cas ce serait une erreur de diagnostic que de voir toute l'affection dans la néphrite. Quant aux vomissements, ils n'annoncent en aucune manière que la substance rénale est enflammée, puisque, comme nous le verrons plus tard, on les voit fréquemment survenir dans la colique néphrétique, alors que tous les désordres sont concentrés dans les parois des cavités rénales ou dans les conduits qui en partent. La suppression de l'urine appartient plus particulièrement à l'inflammation de la substance rénale; aussi est-ce un des signes sur lesquels l'attention doit être principalement fixée.

M. Rayer, qui s'est particulièrement occupé de ce sujet, pose ainsi le diagnostic entre l'inflammation de la substance du rein et *celle du tissu cellulaire* qui l'entoure. « Lorsque, dit-il, à la suite d'une contusion ou de toute autre cause, il se développe dans le tissu cellulaire extérieur du rein une inflammation accompagnée de douleur, si la maladie est à son début, il est souvent difficile de la distinguer de l'invasion d'une néphrite. Toutefois il est rare qu'on observe, dans ce cas, une diminution aussi marquée de la sécrétion urinaire que dans la néphrite. » On voit combien ce signe distinctif est faible.

Il est beaucoup plus facile de distinguer la néphrite simple aiguë de la *colique néphrétique*. Dans celle-ci, la douleur survient très rapidement, et souvent d'une manière subite. Elle est fréquemment excessive; elle occasionne des lipothymies, une agitation, une anxiété extrêmes. L'urine est promptement diminuée ou supprimée; le pissement de sang apparaît rapidement, et enfin la face est altérée, le pouls petit, misérable. En présence de ces phénomènes, on ne saurait être dans le doute, et si, dans des cas exceptionnels, on restait un moment en suspens, le changement de place de la douleur quand le gravier descend le long de l'uretère, et la cessation brusque et complète des accidents lorsqu'un ou plusieurs graviers sont rendus, viendraient fixer le diagnostic, ce qui ne devrait pas être oublié, parce que les malades étant disposés à de nouvelles attaques, le retour des mêmes accidents serait alors facilement jugé.

On a parlé de douleurs rénales auxquelles on a donné le nom de *néphralgies*. Comme j'aurai à m'expliquer sur ces douleurs dans un article particulier, il serait prématuré de m'en occuper ici.

Parmi les affections étrangères au rein qui pourraient en imposer pour une néphrite aiguë, nous trouvons d'abord la *colique hépatique*. Mais dans la néphrite, il n'y a pas d'ictère; l'urine est très notablement diminuée ou supprimée, ce qui ne s'observe pas dans la colique hépatique, à laquelle les vomissements bilieux appartiennent plus particulièrement, et qui présente, en outre, la décoloration des selles et l'état bilieux des urines. Enfin, le siége de la douleur, qui détermine une différence tranchée entre cette inflammation du rein gauche et la colique hépatique, et qui est ordinairement assez différent dans celle-ci et dans l'inflammation du rein droit, la rétraction du testicule, la douleur, l'engourdissement de la cuisse, propres à la néphrite, suffisent pour rendre le diagnostic précis. La direction de la douleur ne serait pas seule un signe suffisant, puisque, dans quelques cas que j'ai signalés (1), elle est la même dans les deux affections; mais, d'une part, ces cas

(1) Voy., plus haut, *Colique hépatique*.

sont fort rares, et, de l'autre, le siége de la douleur n'acquiert une valeur réelle que quand il est réuni à ceux que je viens de mentionner.

Le *lumbago* peut-il être confondu avec une néphrite? Il faut convenir du moins que, s'il en est ainsi, ce n'est que dans des circonstances bien extraordinaires. Voici toutefois comment M. Rayer établit ce diagnostic : « Le *lumbago*, dit-il, né le plus souvent sous l'influence du froid et de l'humidité, presque toujours accompagné ou précédé de douleurs rhumatismales, attaque ordinairement les deux côtés des lombes; la douleur qui l'accompagne s'exaspère plus sensiblement que celle de la néphrite par certains mouvements du corps que les malades font pour s'asseoir lorsqu'ils sont couchés, ou pour changer d'attitude. Cependant les douleurs rénales sont quelquefois augmentées par de certains mouvements ou de légères pressions, et par la toux; mais, dans le lumbago, jamais on n'observe ni la diminution notable de la sécrétion urinaire, ni l'angoisse, ni les autres symptômes graves de la néphrite (1).

Enfin, plusieurs auteurs, et en particulier M. Rayer, ont posé le diagnostic entre la néphrite et la *cystite*, le *psoïtis*, la *péritonite partielle*. Les symptômes diffèrent tellement dans ces affections, dont deux (la *cystite* et le *psoïtis*) n'ont pas été encore décrites dans cet ouvrage, que je ne dois pas entrer dans ces détails.

Je dirai seulement quelques mots sur une question soulevée par M. Rayer, au sujet d'une erreur dont l'*intermittence* de la maladie, dans certains cas, aurait été la cause. Si l'on parcourt les observations citées par les divers auteurs, et par M. Rayer lui-même, on voit que les erreurs de ce genre ont dû être au moins extrêmement rares, et l'on ne peut douter qu'il ne faille les attribuer plutôt au peu d'attention des observateurs qu'à la nature insidieuse des symptômes.

De tous les faits cités par M. Rayer, il n'en est aucun où le caractère intermittent de la maladie ait paru plus tranché que celui qu'il a emprunté à Dance (2). Or, dans ce cas, bien qu'il y eût des exacerbations fébriles très marquées tous les matins, on ne douta pas de l'existence d'une néphrite pendant presque tout le cours de la maladie, et si à la fin on eut recours au sulfate de quinine, c'est en désespoir de cause, en voyant le malade près de succomber, et dans un moment où les apparences les plus légères nous engagent à recourir à des médications particulières. La marche de la maladie n'avait, en effet, qu'une ressemblance grossière avec une fièvre intermittente pernicieuse, ce dont on peut s'assurer par la lecture de l'observation. Ce n'est pas à dire toutefois que la fièvre intermittente ne puisse jamais se revêtir des signes locaux d'une néphrite ou de symptômes qui peuvent la simuler : nous verrons, en effet, à l'occasion des fièvres intermittentes pernicieuses, que ces affections se présentent sous les formes les plus diverses; mais il faut reconnaître qu'il n'est nullement prouvé par l'expérience qu'une véritable néphrite ait été prise pour une fièvre intermittente, et réciproquement, ou que du moins, s'il en a été ainsi, ce que les faits bien connus ne nous apprennent pas, il est plus que probable que l'erreur est due à une observation trop superficielle. Ce diagnostic n'a donc pas l'importance qu'on aurait pu lui supposer au premier abord : c'est pourquoi je le passe sous silence, sauf à y revenir, je le répète, lorsqu'il s'agira des *fièvres pernicieuses*.

(1) *Traité des malad. des reins*, t. II, p. 324.
(2) *Arch. gén. de médecine*, 1re série, t. XXIX.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

Je n'exposerai dans ce tableau synoptique que le petit nombre de cas où l'erreur est possible, et où les signes différentiels sont bien établis. Agir autrement, ce serait s'exposer à accréditer des erreurs, car la science a encore beaucoup à faire, comme nous l'avons vu plus haut, pour donner à ce point d'étiologie le degré de précision nécessaire.

1° *Signes distinctifs de la néphrite simple non calculeuse et de la colique néphrétique.*

NÉPHRITE SIMPLE AIGUË NON CALCULEUSE.	COLIQUE NÉPHRÉTIQUE.
Invasion graduelle, quoique assez souvent rapide.	*Invasion brusque*, subite.
Douleur moins vive, augmentant *graduellement*.	Douleur *excessive*, portée *subitement à un degré extrême*.
D'abord *diminution*, puis suppression de l'urine.	*Suppression brusque* de l'urine.
Agitation moindre; pas de défaillances, etc.	*Agitation extrême*; défaillances, décomposition des traits, etc.
Pouls *d'abord élevé*, *dur*, résistant.	Pouls *tout d'abord petit*, *irrégulier*, *misérable*.
Les symptômes se dissipent *peu à peu* dans les cas de guérison, en commençant par le mouvement fébrile.	Les symptômes se dissipent *brusquement* par l'expulsion du calcul.

2° *Signes distinctifs de la néphrite simple aiguë non calculeuse et de la colique hépatique.*

NÉPHRITE AIGUË NON CALCULEUSE.	COLIQUE HÉPATIQUE.
Douleur *graduelle*.	*Douleur* subite.
Elle a son foyer au niveau du *rein*, et s'étend vers la *vessie et le testicule*.	Elle a son foyer au niveau de l'*hypochondre droit*, et s'irradie vers l'*épigastre*.
Pas d'ictère.	Presque toujours, *ictère intense*.
Diminution, *suppression* des urines. Urines *sanguinolentes*, *difficilement excrétées*.	Urines *non supprimées*, *bilieuses*.

On voit que, dans ce diagnostic, je n'ai pas parlé de la néphrite calculeuse qui, bien plus que celle dont il s'agit, pourrait être confondue avec la colique hépatique; mais je crois devoir renvoyer cette distinction particulière à l'article consacré à la colique néphrétique, qui, en pareil cas, est la maladie principale, l'inflammation aiguë du rein ne s'étant développée que consécutivement.

3° *Signes distinctifs de la néphrite simple aiguë et du lumbago.*

NÉPHRITE SIMPLE AIGUË.	LUMBAGO.
N'occupe parfois qu'*un seul rein*.	Occupe presque toujours *les deux côtés*.
Mouvements pour s'asseoir ou se retourner *beaucoup moins douloureux*.	Mouvements pour s'asseoir ou se retourner *souvent presque impossibles*.
Troubles notables de la sécrétion et de l'excrétion de l'urine.	*Point de troubles notables* de la sécrétion et de l'excrétion de l'urine.

Pronostic. Le pronostic est très variable, suivant les cas. On doit le considérer comme peu grave dans la néphrite par violence extérieure, et même dans celle qui

se déclare spontanément, lorsqu'elle ne survient pas dans le cours d'une affection grave elle-même, et lorsque les symptômes de réaction sont peu intenses. A plus forte raison, portera-t-on un pareil pronostic dans les cas où la maladie aura été déterminée par une substance irritante, si toutefois on considère ces cas comme appartenant à la néphrite bien confirmée. S'il s'agit de poisons, ce n'est nullement, en effet, l'inflammation rénale qui est à redouter, mais l'action de la substance vénéneuse sur l'organisme. Lorsque l'inflammation est assez grave pour déterminer la suppuration, le pronostic est très facheux, de quelque espèce que soit la néphrite; cependant, si celle-ci est causée par la présence d'un calcul, on doit avoir plus d'espoir, parce que si cette cause disparaît, les lésions du rein tendent naturellement à se dissiper.

§ VII. — Traitement.

Nous avons vu que, sous le rapport de la pathologie de la néphrite, les auteurs qui ont écrit avant ces dernières années ne nous offraient pas de documents véritablement utiles; mais il est encore bien moins utile de les consulter relativement au traitement. Les raisons que j'ai présentées au commencement de cet article se représentent, en effet, ici avec une nouvelle force. Quel avantage pourrait-il y avoir à indiquer des moyens thérapeutiques qui ne s'adressent pas à une affection déterminée? Il n'en sera pas de même quand nous aurons à parler de la *colique néphrétique*, à laquelle se rapporte presque tout ce qui a été écrit à propos de la néphrite. C'est donc principalement M. Rayer qu'il faut consulter sur ce point, parce que, bien que cet auteur se soit contenté d'exposer d'une manière générale les moyens qui lui paraissent devoir être dirigés contre la néphrite, sans analyser sous ce point de vue les observations, il est le seul qui ait bien nettement séparé ce qui appartient à l'inflammation du rein proprement dite, des accidents produits par la présence des calculs dans les voies urinaires.

Émissions sanguines. C'est un précepte général que les émissions sanguines doivent être opposées à la néphrite comme aux autres inflammations parenchymateuses, et tout porte à croire que ce moyen a son utilité, quoique, d'après les faits que j'ai consultés, il ne soit nullement démontré que les pertes de sang procurent une amélioration immédiate bien sensible. Mais il est très probable que si l'on avait des éléments suffisants pour étudier leur influence sur la marche de la maladie, et surtout sur sa durée, on verrait que cette influence est heureuse.

Au reste, sous ce rapport, il faut tenir compte de l'espèce de néphrite qu'on a à traiter. Nous avons vu que la néphrite traumatique, lorsque la violence extérieure n'avait pas produit des désordres très considérables, et la néphrite simple aiguë non calculeuse, survenue dans le cours d'une bonne santé, et sans que de violents symptômes généraux puissent faire soupçonner l'existence d'une infection purulente, ont naturellement une terminaison favorable; on ne doit donc pas être surpris que, dans les cas de ce genre, la guérison ait suivi l'emploi des émissions sanguines, et l'on aurait tort de n'envisager les faits que sous ce point de vue, lorsqu'on veut déterminer l'utilité de cet agent thérapeutique. Mais, suivant M. Rayer, dans toutes ces espèces, les pertes de sang ont pour résultat d'amener au bout d'un temps variable un soulagement marqué et plus sensible que celui qu'on obtient par les autres moyens dont il va être question. Ces heureux effets sont, il faut le

redire, plus que probables, et il ne reste qu'à en apprécier exactement la valeur. En attendant, on ne peut se dispenser de recourir aux émissions sanguines assez abondantes dans les cas dont il s'agit.

Dans la *néphrite traumatique* il faut pratiquer une ou plusieurs *saignées générales*, et cela sans perdre de temps, car, d'après M. Rayer, « si l'émission d'une certaine quantité de pus avec l'urine indique que la suppuration s'est établie dans le rein enflammé, il faut s'abstenir des émissions sanguines. » Peut-être néanmoins trouvera-t-on le précepte trop rigoureux, ou du moins regrettera-t-on qu'il ne soit pas appuyé sur une étude plus exacte des faits.

« Quant aux *néphrites produites par l'impression du froid et de l'humidité*, lorsqu'elles se déclarent avec un caractère inflammatoire très prononcé chez des individus bien constitués, elles doivent, dit le même auteur, être traitées activement par la saignée. Il faut la répéter *deux fois dans les vingt-quatre heures qui suivent l'invasion.* » Et plus loin il ajoute : « Après plusieurs jours de rémission et d'apyrexie, s'il se déclare un frisson suivi de chaleur et de douleur dans la région des reins, on pratiquera immédiatement une large saignée, si le malade n'est pas d'un âge très avancé. Dans ce dernier cas, on se bornerait à tirer environ huit onces de sang par des ventouses scarifiées appliquées aux régions lombaires. »

Tels sont les cas dans lesquels, suivant ce que nous pouvons apercevoir dans des observations malheureusement insuffisantes, la saignée a les plus grands avantages. Lorsque la néphrite survient dans le cours d'autres maladies, lorsque la suppuration s'empare promptement des reins, surtout sous l'influence d'une affection purulente ou d'une phlébite non adhésive, les saignées ne sont pas négligées, et personne ne voudrait dire qu'elles doivent l'être, principalement au début de la maladie ; mais ce qu'il y a de certain, c'est qu'il est impossible de découvrir dans l'étude des faits les avantages réels qu'elles ont pu produire.

La saignée générale est recommandée même *chez les enfants*, à partir de l'âge de sept ans ; mais alors elle ne doit pas être de plus de 300 *grammes*. « On peut, dit M. Rayer, la répéter le lendemain, si l'intensité du mal l'exige. »

Des *sangsues*, en nombre assez considérable, doivent être appliquées sur les lombes : on a également recours, comme nous l'avons vu, aux *ventouses scarifiées*, et, sous ce rapport, il n'y a aucune règle à établir, le médecin étant le seul juge compétent de l'opportunité des émissions sanguines et de leur abondance. En somme, on voit que pour la néphrite, comme pour tant d'autres affections, l'influence de la saignée sur la marche, sur la durée et sur la terminaison de la maladie, n'a été étudiée que d'une manière très superficielle.

Des *boissons émollientes ou délayantes*, comme l'eau de graine de lin, de mauve, d'orge ; ou légèrement diurétiques, comme la décoction de chiendent ou de racine de fraisier ; des *cataplasmes émollients* sur la région lombaire ; un *bain* simple ou émollient longtemps prolongé (deux ou trois heures), à moins que le malade n'en éprouve de la fatigue, compléteront avec la saignée le traitement auquel on a donné particulièrement le nom de *traitement antiphlogistique*, et qui convient principalement à la maladie qui nous occupe.

Viennent ensuite quelques préceptes sur des cas particuliers. Dans ceux où l'on reconnaît que la néphrite est consécutive à une rétention d'urine causée par un *rétrécissement de l'urètre*, il faut s'occuper spécialement de celui-ci, ainsi que

tous les auteurs l'ont conseillé; car une fois l'obstacle au cours de l'urine surmonté, l'inflammation du rein ne tarde pas à se dissiper. C'est d'après cette considération que M. Rayer engage à appliquer, en pareil cas, les sangsues à la marge de l'anus plutôt que sur la région des reins.

Nous avons vu que les *vomissements* opiniâtres ne pouvaient pas être regardés comme un symptôme appartenant en propre à la néphrite simple aiguë non calculeuse. Si cependant ce symptôme survenait, et si l'on observait un état comateux qui n'est pas non plus lié à l'affection rénale d'une manière aussi intime que le pense M. Rayer, voici, d'après cet auteur, comment on devrait se conduire en pareil cas : « Lorsque, dit-il, les malades éprouvent des vomissements et tombent dans un état comateux, ces accidents exigent des soins particuliers, outre ceux qui ont été déjà indiqués. On frictionnera l'épigastre avec du *laudanum;* des *boissons gazeuses* seront données par gorgées; le malade sucera de petits *morceaux de glace* pour étancher sa soif; des *corps chauds* seront appliqués aux *extrémités inférieures;* des *compresses imbibées d'eau froide* seront posées sur le front; des *purgatifs salins* seront administrés et répétés jusqu'à ce qu'ils aient procuré des évacuations abondantes.

« Les *purgatifs*, ajoute M. Rayer, sont encore plus impérieusement indiqués lorsque l'attaque de néphrite a été précédée de plusieurs jours de *constipation* chez des individus atteints de *maladies de la prostate ou de la moelle épinière.* L'*huile de ricin* pourra quelquefois être substituée aux purgatifs salins, mais il faut l'administrer *en lavement* et à *haute dose*, car elle est souvent rejetée par le vomissement. »

Nous compléterons ce tableau du traitement le plus fréquemment employé, en ajoutant que le *repos absolu*, une *diète sévère* doivent être rigoureusement recommandés, lorsque la maladie est dans son plus haut degré d'intensité, et que dans la convalescence on doit éviter tout écart de régime, et surtout l'usage de boissons excitantes, dont l'action se fait, comme chacun sait, si facilement sentir sur les reins. Quant aux symptômes de putridité auxquels M. Rayer a égard dans le traitement, ils ne doivent pas nous occuper, puisque, comme nous l'avons vu, ils ne dépendent pas de la néphrite elle-même, et que d'ailleurs nous aurons à en traiter plus tard.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur ce traitement, nous voyons qu'il n'est réellement pas le résultat d'une expérience rigoureuse, mais bien plutôt d'idées préconçues dont la justesse est très admissible, mais ne peut pas être appréciée à l'aide du seul moyen propre à porter la conviction dans les esprits, je veux dire d'une analyse exacte d'un nombre suffisant de faits bien observés. Le traitement antiphlogistique est celui sur lequel on doit presque exclusivement insister.

ARTICLE III.

NÉPHRITE SIMPLE CHRONIQUE.

M. Rayer est encore le seul auteur qui se soit occupé de la néphrite chronique à l'état simple, et en écartant ce qui peut appartenir à la présence des calculs dans les cavités des reins. Voici comment il s'exprime à ce sujet : « Les véritables caractères de la néphrite chronique et les symptômes qui révèlent son existence

n'ont pas encore été exposés clairement par les pathologistes. En effet, les symptômes qu'ils lui avaient assignés, et en particulier l'excrétion habituelle d'une urine purulente, et le développement d'une tumeur dans la région lombaire, appartiennent en réalité non à une inflammation chronique des reins, mais à une inflammation chronique du bassinet et des calices. En outre, il m'est démontré qu'un grand nombre de néphrites chroniques, surtout lorsque la maladie n'attaque qu'un des reins, ne peuvent être soupçonnées pendant la vie sans un examen très minutieux de la sécrétion urinaire, lorsqu'il n'existe pas de douleurs dans la région des reins, ou lorsqu'une pression exercée comparativement sur les deux régions lombaires n'indique pas que l'une d'elles est plus sensible que l'autre. » J'ai cité ce passage pour montrer combien la néphrite chronique simple, telle qu'elle doit être entendue d'après les recherches modernes, diffère de l'inflammation chronique du rein décrite jusqu'à ces dernières années, et combien en même temps l'étude de cette affection peut présenter de difficultés. Voyons maintenant ce que nous apprennent, relativement à son histoire, les documents rassemblés par M. Rayer.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

M. Rayer définit ainsi la néphrite simple chronique : « Des douleurs habituelles dans une des régions rénales ou dans toutes les deux, coïncidant avec une diminution de l'acidité, avec l'état neutre, et surtout avec l'alcalinité de l'urine (qu'il existe ou non une rétention de ce liquide), et un sentiment de faiblesse dans les membres inférieurs, sont les principaux caractères de la néphrite chronique. » Cette définition doit être adoptée, sauf un point qui exige de nouvelles recherches. Si nous consultons, en effet, les observations de néphrite chronique simple fournies par cet auteur, nous voyons que, sur sept cas, quatre fois la faiblesse des membres inférieurs n'est nullement mentionnée; qu'une fois il existait des douleurs dans les extrémités inférieures, que chez un sujet il y avait un sentiment de fatigue tantôt à droite et tantôt à gauche, et que chez le dernier les jambes étaient faibles, mais que cette faiblesse était due à un affaiblissement général résultant du dépérissement occasionné par une maladie chronique étrangère au rein. Si l'opinion de M. Rayer est fondée sur d'autres faits, nous ne pouvons l'admettre pour notre part avant d'avoir connaissance des observations.

Cette affection a reçu les mêmes noms que la néphrite simple aiguë, auxquels on a ajouté l'épithète de chronique. Dans quelques cas, on l'a aussi désignée sous celui de *phthisie rénale*, comme les autres maladies chroniques des reins.

Le petit nombre d'observations rapportées par l'auteur que je viens de citer prouve que la néphrite chronique simple, survenue en dehors d'autres affections plus ou moins graves, est une maladie fort rare, et c'est ce dont les praticiens peuvent s'assurer tous les jours. Il est plus fréquent de voir cette affection se produire consécutivement, surtout dans les autres maladies de l'appareil génito-urinaire.

§ II. — Causes.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, on n'a pas recherché d'une manière spéciale les causes de la néphrite chronique simple. M. Rayer s'est contenté de citer quelques exemples de cette affection dans les conditions diverses où elle se produit ; mais il

n'en a pas donné le résumé, et personne n'a fait ce travail. Je vais indiquer rapidement celles de ces conditions qui me paraissent les principales.

1° Causes prédisposantes.

C'est surtout dans la production de la néphrite chronique simple que l'*âge* manifeste son influence. Les enfants n'en sont atteints, on peut le dire d'une manière presque absolue, que dans les cas de calculs urinaires, et encore n'est-ce presque jamais avant l'âge de sept ou huit ans. Les vieillards y sont particulièrement exposés. Toutefois, comme les maladies des autres parties des voies génito-urinaires sont, ainsi que nous allons le voir, une des conditions importantes de sa production, il n'est nullement rare de la voir se manifester chez les adultes.

Nous n'avons aucune donnée positive sur l'influence du *sexe*. Il ne nous est pas permis de nous prononcer davantage sur l'influence de la *constitution*, parce que, bien que les sujets affectés de néphrite chronique simple se présentent avec les signes d'une mauvaise constitution, c'est aux progrès de cette maladie et de celles qui l'ont précédée, plutôt qu'à un état congénital particulier, que le plus souvent on doit attribuer cette détérioration.

Quant aux *habitudes hygiéniques*, à l'*influence des saisons* et même des *climats*, tout est encore à faire sur ce point. Cependant, comme la présence des *calculs* dans les reins est une des causes les plus efficaces de la néphrite chronique aussi bien que de la néphrite aiguë, je crois devoir renvoyer le lecteur à l'article consacré à l'histoire des *calculs rénaux*, afin qu'il puisse, par induction, juger approximativement de l'influence des causes prédisposantes qui viennent d'être mentionnées, et qui seront étudiées dans l'article dont il s'agit.

La néphrite simple aiguë a-t-elle une tendance marquée à se convertir en néphrite chronique; ou, en d'autres termes, les sujets affectés de cette maladie à l'état aigu sont-ils exposés à la voir se continuer sous sa forme chronique, et suffit-il, pour qu'il en soit ainsi, de quelques causes occasionnelles particulières? Il est difficile de répondre à cette question. Néanmoins les auteurs n'ont pas hésité à se prononcer pour l'affirmative; mais, si nous consultons les faits, nous voyons que cette manière de voir n'est pas justifiée relativement à la néphrite chronique simple non calculeuse. Si, en effet, l'affection est peu intense et ne se termine pas par suppuration, le malade guérit complétement; si la suppuration survient, ou bien les malades succombent, ce qui est presque constant, ou bien le pus est évacué par des voies indiquées plus haut, et les malades peuvent guérir radicalement. Dans les cas seuls où il resterait une fistule rénale, ce dont je ne connais pas un seul fait authentique dans les cas dont il s'agit ici, on verrait les symptômes d'une maladie chronique succéder à une affection aiguë, mais on ne pourrait pas dire alors d'une manière rigoureuse que la néphrite aiguë simple s'est terminée par une néphrite chronique égalcment simple. Quant à la néphrite calculeuse, il n'est pas douteux que les accidents ne prennent un caractère de chronicité au bout d'un certain temps, et cela chez un assez grand nombre de sujets. Après avoir occasionné des attaques aiguës plus ou moins nombreuses, les calculs finissent par déterminer la désorganisation des reins, dont la substance est plus ou moins complétement détruite par une inflammation chronique.

2° Causes occasionnelles.

Ce que je viens de dire prouve que la principale cause occasionnelle de la néphrite chronique est l'*irritation devenue permanente que causent les calculs*.

Les *obstructions*, le *rétrécissement*, l'*oblitération des uretères*, sont, comme dans la néphrite aiguë, des causes qui se montrent assez fréquemment. Les maladies chroniques de la *vessie*, les *rétrécissements du canal de l'urètre*, etc., peuvent avoir le même résultat. M. Rayer a cité des exemples de néphrite chronique simple survenue à la suite de *maladies de la prostate*, de l'*utérus*, de la *moelle épinière* (principalement paraplégie).

Il est impossible d'indiquer une autre cause occasionnelle bien positive. Les rapports signalés par M. Rayer entre la néphrite simple et les maladies cérébrales, l'hydropisie, la phthisie, etc., n'existent nullement. Ce sont de simples coïncidences qui ne méritent guère qu'une mention.

§ III. — Symptômes.

La description des symptômes, telle que nous la trouvons dans les anciens auteurs, se rapporte presque uniquement à l'inflammation chronique causée dans les cavités rénales par la présence des calculs. Celle qu'a donnée M. Rayer est plus explicite, mais elle n'est pas aussi nette, à beaucoup près, que celle de la néphrite aiguë. Voici ce qui ressort le plus directement des faits.

Début. Le début de la maladie est souvent obscur, parce que la douleur rénale, qui pour le malade est le seul symptôme appréciable, est très faible dans les premiers temps. On peut cependant attribuer en partie au peu de rigueur qu'on a apporté dans l'interrogatoire des malades l'incertitude qui, dans la grande majorité des cas, règne sur le début. « Le plus souvent, dit M. Rayer, ce n'est que lorsque la maladie existe depuis plusieurs années, lorsque les émissions de l'urine sont devenues très fréquentes et incommodes, ou lorsque l'urine est habituellement trouble, que les malades, déjà affaiblis, viennent réclamer des conseils. Parfois même les malades n'appelleraient pas l'attention du médecin sur l'état des reins et de leur sécrétion, sans la coexistence d'une autre affection des voies urinaires, telle qu'un rétrécissement de l'urètre ou une maladie de la vessie. »

Dans les cas de rétrécissement du canal de l'urètre, ce début présente quelques particularités dignes d'intérêt, qui ont été signalées en ces termes par M. Rayer : « Les individus atteints d'un rétrécissement de l'urètre éprouvent quelquefois de légères douleurs aux reins sans y apporter de remèdes ; et ces douleurs, préludes de néphrites chroniques, se reproduisent à des époques plus ou moins éloignées. Alors l'urine est peu acide, neutre ou alcaline, et elle contient toujours du mucus. La douleur n'existe quelquefois que pendant un petit nombre d'heures, et l'altération de l'urine pendant quelques semaines. Plus tard, les attaques se rapprochent, la douleur rénale devient habituelle, mais sourde, et la sécrétion urinaire est dérangée pour longtemps. En outre, cet état persiste tant qu'on n'a pas guéri le rétrécissement. » On sent combien ces assertions auraient plus de valeur si elles étaient appuyées sur une analyse exacte d'un nombre assez considérable de faits.

Symptômes. La *douleur*, qui seule, comme nous venons de le voir, a marqué le

début de la maladie, persiste jusqu'à la fin avec des exacerbations plus ou moins marquées ou plutôt de simples augmentations passagères, car il ne faut pas rapporter à la néphrite chronique elle-même les violentes souffrances qui, dans un bon nombre de cas, se produisent à des intervalles plus ou moins éloignés. Alors, s'il existe surtout un mouvement fébrile, on ne peut douter qu'une inflammation aiguë ne soit venue s'enter sur l'inflammation chronique, ce qui a lieu surtout dans les cas de calculs rénaux qui, à certaines époques, produisent une irritation plus grande et une inflammation consécutive, ou bien se déplacent, interceptent le cours des liquides, etc.

La douleur qui appartient en propre à la néphrite chronique est sourde, profonde, et parfois elle ne consiste qu'en une gêne plus ou moins grande. « Elle est, en général, si obscure, dit M. Rayer, que le plus souvent les malades n'en feraient pas mention, si on ne les questionnait à cet égard, et si on ne la rendait sensible en pressant plus ou moins fortement avec la main les régions lombaires. »

On n'observe presque jamais, dans l'affection dont il s'agit ici, la douleur des testicules, si remarquable dans la néphrite aiguë. Lorsqu'elle existe, c'est presque toujours qu'il est survenu des symptômes d'acuité.

On voit par là que cette douleur *spontanée* qui vient d'être décrite n'est pas la seule à considérer, et qu'il faut tenir compte de la *douleur à la pression*. On doit procéder dans l'exploration comme dans les cas de néphrite aiguë, c'est-à-dire presser fortement dans le flanc gauche et sur la région lombaire, en cherchant à comprimer le rein. Ce n'est qu'au moment où la pression arrive à cet organe, que la douleur est sensiblement augmentée, ce qui la distingue de celle qu'occasionne le lumbago chronique. Les divers mouvements du malade exaspèrent beaucoup moins cette douleur que la douleur vive de la néphrite aiguë ; cependant une course un peu prolongée a pour effet de la rendre beaucoup plus sensible, et cette exacerbation est encore bien plus marquée pendant les promenades ou les voyages en voiture. Nous verrons néanmoins plus tard qu'elle est bien moins grande dans la néphrite simple chronique non calculeuse que dans celle qui a pour cause les calculs urinaires, ce qui s'explique trop simplement pour qu'il soit nécessaire d'insister sur ce point. Les réflexions que j'ai faites au sujet de la *percussion* dans l'article *Néphrite aiguë* s'appliquent entièrement à la néphrite chronique.

On n'observe pas, dans l'affection chronique du rein, la suppression de l'urine, que nous avons signalée dans l'inflammation aiguë ; mais il est quelques signes qui prouvent que la *sécrétion de ce liquide est altérée* à un certain degré. J'ai dit plus haut que son *acidité est diminuée*, et que même elle est remplacée par l'alcalinité, lorsque la maladie a atteint un degré élevé. Voici ce que M. Rayer a remarqué dans cette dernière circonstance :

« Dans la néphrite chronique, dit ce médecin, lorsque l'urine est alcaline, presque toujours elle est trouble, à moins que la production des phosphates ne soit très peu considérable. J'ai vu de ces urines alcalines donner un sédiment amorphe, presque entièrement composé de phosphate de chaux, dans lequel on ne distinguait pas de cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, de globules muqueux, etc. ; plus rarement ce sédiment était presque entièrement composé de cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien. Enfin, dans la plupart des cas, l'urine contenait ces deux sels et des globules muqueux en suspension, et une pe-

tite quantité d'urates. En somme, la néphrite chronique est une des conditions les plus favorables à la production des calculs phosphatiques. »

Ces altérations de l'urine doivent fixer l'attention du médecin. Il ne faut pas oublier surtout que l'alcalinité de l'urine doit être constatée *au moment de l'émission ;* car plus tard ce signe n'aurait aucune valeur.

Quant à l'*excrétion* de ce liquide, il suffit de dire que l'urine, qui, je le répète, n'est pas supprimée, est rendue néanmoins en *petite quantité*, mais *fréquemment*. En général, les malades sont plus fortement sollicités par le besoin d'uriner que les personnes en bonne santé, et ils doivent plus promptement le satisfaire.

Tels sont les *symptômes locaux* de la néphrite chronique simple. Je n'ai point parlé des douleurs parfois vives qui sont déterminées par les calculs, ni de l'émission d'une plus ou moins grande quantité de pus avec les urines, parce que ces symptômes décrits par les auteurs qui ont écrit avant ces dernières années n'appartiennent pas plus à la néphrite chronique proprement dite qu'à la néphrite aiguë.

On n'a pas noté, dans la forme chronique de la maladie, ces *troubles digestifs* intenses qui ont été attribués à la néphrite chronique. Ainsi on n'a parlé ni de nausées, ni de vomituritions, ni de vomissements. Ordinairement il y a diminution de *l'appétit*, *trouble des digestions*, *constipation ;* mais c'est surtout dans les cas où la néphrite chronique est consécutive, de telle sorte qu'on ne peut pas lui rapporter, du moins uniquement, ces symptômes qui appartiennent principalement aux maladies, dans le cours desquelles elle se développe.

Les *symptômes généraux* sont peu marqués d'abord, lorsque la néphrite est simple et qu'elle n'est pas la conséquence des désordres causés par la présence des calculs. Ils vont ensuite en augmentant, mais d'une manière lente, de sorte que la *fièvre* n'existe pas ou est très peu intense, et que cependant les malades vont s'affaiblissant et dépérissant d'une manière sensible, quoiqu'ils ne présentent pas les signes connus de la fièvre hectique. On conçoit que si, par une cause quelconque, la suppuration s'empare du rein, ces signes se montrent comme dans tous les cas du même genre. Au reste, il est rare, comme on peut s'en assurer en parcourant les observations, qu'on soit appelé à constater le dépérissement lent non fébrile, ce qui tient à ce que la maladie des reins coexiste avec d'autres affections qui sont les principales causes de la mort, et qui donnent lieu aux symptômes de la fièvre lente. Ce sont principalement les maladies organiques chroniques de la vessie et de l'utérus, et plus encore les désordres occasionnés par les calculs dans les conduits urinaires, désordres dont l'inflammation chronique de la substance rénale n'est souvent qu'une des dernières conséquences.

Je n'aurais rien à ajouter d'important à ce que j'ai dit des abcès rénaux et de la néphrite calculeuse, à propos de la néphrite aiguë, et je passe outre pour éviter les répétitions.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison de la maladie.

La marche de la maladie est ordinairement continue et très lente ; mais pour qu'il en soit ainsi, il faut qu'elle ne soit ni compliquée ni consécutive, ce qui est un cas très rare, comme nous l'avons vu. Dans les autres cas, il est très difficile de

trouver quelque chose de fixe dans la marche de la maladie. Étant sous l'influence d'affections organiques très diverses, et qui elles-mêmes peuvent avoir une marche très différente suivant les circonstances, elle doit varier presque à l'infini. Disons seulement que dans les cas de calculs rénaux, les exacerbations dues au déplacement des calculs donnent plus ou moins fréquemment un nouveau degré d'intensité aux symptômes, et occasionnent momentanément une inflammation aiguë plus ou moins vive.

La *durée* de la maladie ne peut être fixée, même approximativement, dans l'état actuel de la science. Tout ce qu'il est permis dire, c'est qu'elle est ordinairement considérable.

La *terminaison* a été favorable dans quelques cas très simples cités par M. Rayer; mais généralement la maladie persiste jusqu'à ce que le sujet soit enlevé par une autre affection; car, bien que la néphrite chronique détermine un certain degré de dépérissement, il est extrêmement rare qu'elle soit la cause réelle de la mort. Cette proposition paraîtrait étrange, si je n'avais pas eu le soin de dire plusieurs fois que les désordres occasionnés par les calculs dans les calices, le bassinet, les uretères, ne doivent pas être confondus avec la néphrite proprement dite.

§ V. — Lésions anatomiques.

Ce sont encore, dans cette affection, les lésions anatomiques qui ont été étudiées avec le plus de soin. Je vais rapidement indiquer les principales, d'après les recherches de M. Rayer, qui nous fournissent à ce sujet des documents très détaillés.

Cet auteur a signalé comme appartenant à la néphrite chronique qui a envahi la totalité de l'organe une atrophie plus ou moins marquée : « Cette règle, ajoute-t-il, souffre néanmoins des exceptions. Ainsi les reins présentent quelquefois une véritable hypertrophie de leur substance corticale, sur laquelle sont disséminées des taches blanches proéminentes, qui semblent constituées par une matière fibro-celluleuse située entre la surface extérieure du rein et son enveloppe. J'ai vu des cas dans lesquels les reins, d'un volume ordinaire, offraient extérieurement des taches beaucoup plus larges, d'un blanc jaunâtre, formées par une matière qui avait l'apparence d'anciens dépôts de matière coagulable. En général, le tissu des reins est plus dur, et, sous un même volume, ils sont plus pesants que dans l'état sain. »

L'état rugueux, grenu ou marbré des reins est également remarquable. Il y a même quelquefois des dépressions marquées à leur surface, et de la substance mélanique dans leur tissu. M. Rayer a signalé un état anémique, soit partiel, soit général, n'occupant ordinairement que la substance corticale. L'induration se joint assez fréquemment à ces lésions.

Une atrophie plus remarquable que la précédente peut être la suite de l'inflammation chronique des reins, et M. Rayer a noté quelquefois, dans les cas de ce genre, « de véritables cicatrices, reconnaissables à une ou plusieurs dépressions grises, brunâtres ou ardoisées, auxquelles la membrane fibreuse est très adhérente, quoiqu'elle en soit séparée par la membrane celluleuse, qui, en ce point, est beaucoup plus dure et plus épaisse..., et les vaisseaux situés au-dessous d'elle sont souvent plus développés que dans l'état sain. » On pourrait élever, au sujet de ces

cicatrices, les mêmes objections que nous avons vues se présenter lorsqu'il s'est agi des dépressions ou des indurations radiées du foie.

La déformation des mamelons par suite de l'induration, l'injection des membranes extérieures des reins, leur adhérence, leur épaississement, leur transformation en substance fibreuse, cartilagineuse ou osseuse, viennent compléter le tableau de ces lésions. On voit que, comme je le faisais remarquer en commençant, l'anatomie pathologique de l'inflammation des reins a été étudiée dans les plus grands détails; mais il nous manque le rapport exact de ces altérations avec les symptômes de la maladie, ce qui est cependant le point le plus important, et ce qui, par conséquent, doit être signalé d'une manière toute particulière à l'attention des observateurs.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Voici comment M. Rayer distingue la maladie qui nous occupe de la *pyélite chronique* : « Dans la pyélite, dit-il, il y a constamment sécrétion de pus ou de mucus purulent, et le plus souvent une urine trouble et un dépôt purulent. Dans la néphrite chronique, si l'urine est trouble, cela tient le plus ordinairement à la présence des phosphates en suspension. » J'ajoute que, dans la plupart des pyélites chroniques, surtout dans celles qui sont produites par la présence d'un calcul, le pus s'accumule dans la cavité du bassinet et des calices, les distend, et transforme le rein en une cavité multiloculaire reconnaissable à la palpation.

Le *lumbago chronique* est, après la pyélite chronique, la seule affection qui puisse être réellement confondue avec la néphrite chronique, et encore faudrait-il pour cela que l'examen fût bien superficiel, car les signes exposés à propos de la néphrite et du lumbago aigus se représentent ici avec une valeur différentielle plus grande encore (1). Ainsi la douleur dans les mouvements peu violents du tronc est nulle ou presque nulle dans la néphrite chronique; elle constitue, au contraire, le symptôme essentiel du lumbago. Dans ce dernier, il n'y a aucune des altérations de la sécrétion et de l'excrétion urinaires qui ont été indiquées plus haut.

Ce diagnostic est trop simple pour qu'il soit nécessaire de le présenter sous forme de tableau synoptique.

Pronostic. Le pronostic de la néphrite simple chronique n'a point fixé l'attention des auteurs, et M. Rayer l'a passé sous silence. On peut dire d'une manière générale qu'il est fort grave, et cela pour deux raisons : la première, c'est que, comme toutes les lésions organiques chroniques, celles qui constituent la néphrite ont bien plutôt une tendance à augmenter sans cesse qu'à diminuer, même sous l'influence des moyens qui paraissent le mieux appropriés; et la seconde, c'est que, comme je l'ai déjà dit, l'inflammation chronique des reins se montre presque toujours dans le cours d'autres affections, soit des voies urinaires, soit d'un autre appareil d'organes, qui, à elles seules, suffiraient pour causer la mort. Cependant M. Rayer a cité quelques cas où des symptômes de néphrite chronique ont cédé à des moyens fort simples qui vont être indiqués; mais les cas de ce genre sont fort rares, et les récidives sont à craindre.

(1) Voy., plus haut, article *Néphrite simple aiguë*.

§ VII. — Traitement.

M. Rayer s'étant seul occupé du traitement de la néphrite simple chronique, c'est à lui qu'il faut emprunter tout ce que nous avons à dire sur ce point, en regrettant encore que cette partie importante de l'histoire de la néphrite chronique n'ait été traitée qu'à l'aide d'impressions générales nécessairement peu précises, et ne résulte pas de l'analyse exacte des faits, qui seule peut véritablement éclairer des questions aussi graves et aussi difficiles.

« Lorsque, dit M. Rayer, la néphrite chronique n'est pas produite par un rétrécissement de l'urètre, par une maladie de la vessie ou de la prostate, des *éruptions artificielles* ou des *exutoires* peuvent quelquefois prévenir ou éloigner le retour de nouvelles attaques. Cependant il ne faut pas s'exagérer l'utilité de ces moyens ; je les ai employés sans succès chez des individus amaigris, et qui, après avoir eu pendant longtemps les deux régions rénales douloureuses, présentaient pour tout symptôme de néphrite chronique l'émission fréquente d'une urine alcaline et trouble, et un amaigrissement dont aucune autre circonstance ne donnait l'explication.

» On a conseillé l'usage des *acides minéraux* ou *végétaux*, et en particulier celui de l'*acide muriatique*, pour faire cesser l'alcalinité de l'urine et empêcher la précipitation des sels phosphatiques, qui peut donner lieu à la formation des concrétions calculeuses. Par l'usage des acides on atteint rarement le but qu'on se propose : le plus souvent l'urine reste alcaline et trouble ; l'état de la constitution ne s'améliore pas et l'estomac se fatigue ; le plus souvent ces remèdes, à doses élevées, sont plus nuisibles qu'utiles.

» J'ai vu, chez des ouvriers atteints de néphrite chronique, l'urine redevenir acide et transparente, après une quinzaine de jours de *repos* et d'une *bonne alimentation*, et après une ou plusieurs applications de *ventouses scarifiées;* mais elle se troublait quelquefois de nouveau à la suite d'une moins bonne nourriture ou après de nouvelles fatigues.

» J'ai essayé comparativement le *régime végétal* et le *régime animal*, et *j'ai reconnu que ce dernier était préférable.* Sous son influence, non seulement la sécrétion urinaire a été avantageusement modifiée dans un certain nombre de cas, mais l'état de la constitution s'est amélioré, lors même que le dérangement de la sécrétion de l'urine a persisté.

» Lorsque les malades atteints de néphrite chronique avec urine alcaline et trouble sont fatigués par le besoin fréquent de rendre l'urine, on peut quelquefois calmer cet accident par l'*opium*, par des *lavements opiacés* et *camphrés*, par des *onctions narcotiques* et par l'usage répété de *bains de siége* émollients. On emploie quelquefois avec succès la décoction de *pareira brava acidulée*, l'*extrait d'uva ursi* combiné avec l'*extrait de houblon et de jusquiame*, la *décoction d'uva ursi*, l'*infusion de graine de carotte* ou celle de *feuilles de diosma-crenata*.

» Ces préparations étant toutes plus ou moins excitantes, on doit en suspendre l'usage dans les paroxysmes des néphrites chroniques.

Le *repos*, les *bains narcotiques*, les *exutoires aux lombes*, le *régime animal*, les *boissons toniques* et *résolutives*, les *préparations ferrugineuses*, tout échoue, rien n'arrête les progrès du mal dans certains cas de néphrite chronique double. Alors

la maladie se complique tantôt de diarrhées qui hâtent l'épuisement des forces, tantôt d'un catarrhe pulmonaire ou d'une affection tuberculeuse. L'usage de la *thériaque*, du *diascordium* ou de l'*opium à dose fractionnée* (*un grain et demi dans les vingt-quatre heures, par quart de grain*), des soins habituels dans le régime, une foule de précautions que la fortune ou l'aisance permettent de se procurer, un emploi calculé de certains *palliatifs*, ont pu quelquefois prolonger la vie pendant plusieurs années ; mais chez les individus de la classe ouvrière, que le besoin oblige à de rudes travaux ou expose à de fréquentes variations de température, les rechutes se multiplient, les complications s'aggravent, et la mort ne se fait pas longtemps attendre. »

Il est facile de comprendre le motif qui m'a engagé, contre mon habitude, à emprunter ainsi à un auteur, et sans le discuter, le traitement de cette maladie. Il est impossible, pour des raisons plusieurs fois indiquées, de recourir avec quelque utilité aux recherches antérieures à celles de M. Rayer, et, d'un autre côté, les faits sont insuffisants pour apprécier convenablement la valeur des moyens proposés par ce dernier. C'eût été vouloir inutilement chercher à masquer le défaut de précision de ce traitement, que d'entrer dans des détails circonstanciés sur les divers agents thérapeutiques mis en usage : il fallait se borner à les indiquer, afin de mettre les praticiens à même de les expérimenter, et c'est ce que j'ai fait en extrayant le passage précédent. Je me contente d'ajouter, pour terminer, que de tous les moyens qui viennent d'être énumérés, ceux qui doivent être préférés, d'après les faits où une amélioration plus ou moins prononcée et prolongée s'est manifestée, sont le *repos*, un *bon régime*, les *émissions sanguines locales*, les *narcotiques* et les *exutoires* (les *cautères* en particulier) à la région lombaire.

ARTICLE IV.

NÉPHRITE RHUMATISMALE.

La plupart des auteurs ont affirmé que le rhumatisme, nom sous lequel on a bien souvent confondu des affections diverses, peut se transporter sur les reins comme sur les autres organes, et occasionner la mort de cette manière. Ce serait là une de ces *métastases rhumatismales* admises avec la plus grande facilité ; mais ce ne serait pas encore, à proprement parler, une néphrite rhumatismale, car si cette néphrite ne présentait, sous le rapport des symptômes aussi bien que sous celui des lésions anatomiques, aucun caractère particulier bien tranché, on ne saurait y voir qu'une de ces inflammations secondaires ou consécutives qui viennent ajouter une cause de mort à celles qui existent déjà, sans que pour cela on ait besoin d'invoquer la nature rhumatismale de la maladie.

Mais M. Rayer, se fondant précisément sur la nature propre des lésions cadavériques, a admis l'existence de la *néphrite rhumatismale proprement dite*, et nous a fourni quelques matériaux intéressants pour l'histoire de cette espèce d'inflammation rénale. Lui seul, par conséquent, doit être consulté à ce sujet, car il a seul envisagé la question sous son véritable point de vue. On n'en peut douter après avoir lu l'exposition de l'état présent de la science qu'il a faite en ces termes (1) :

(1) *Traité des maladies des reins* ; Paris, 1840, t. II, p. 73.

« Si l'on consulte, dit-il, les auteurs anciens ou modernes qui ont écrit sur le rhumatisme et sur la péricardite rhumatismale, à peine trouve-t-on quelques faits qui conduisent à penser que les reins peuvent être le siége d'une inflammation ou de toute autre affection de nature rhumatismale ; le plus souvent même il n'est pas fait mention de l'état des reins dans l'exposé des résultats des ouvertures de cadavres, lorsque la maladie s'est terminée par la mort.

» Cependant je me crois autorisé à affirmer qu'il existe une néphrite rhumatismale, bien que le nombre d'exemples que je puisse citer de cette lésion soit très peu considérable, eu égard au grand nombre d'affections rhumatismales que j'ai observées. »

Tel est donc l'état de la question. Voyons maintenant, dans l'article de M. Rayer, ce que le petit nombre de faits qu'il a étudiés lui a appris sur ce point de la pathologie rénale; nous apprécierons ensuite rapidement la valeur de ces résultats.

Sous le rapport des *causes* ces faits ne nous apprennent rien, et il est impossible de savoir pourquoi, sur un si grand nombre de rhumatisants, il en est si peu qui soient atteints de l'affection rénale dont il est ici question. Cependant faisons observer que les symptômes étant, comme on va le voir, très obscurs, il est possible qu'on laisse passer inaperçus un certain nombre de cas qui se terminent par la guérison.

Relativement aux *symptômes*, il est absolument nécessaire de transcrire ici un long passage de l'ouvrage de M. Rayer : c'est le seul moyen de donner une juste idée de l'état de nos connaissances à ce sujet, et de montrer combien les recherches les plus attentives sont nécessaires, si l'on veut parvenir un jour à jeter quelque lumière sur cette symptomatologie, si difficile à étudier.

« Si la néphrite rhumatismale, dit M. Rayer, est suffisamment caractérisée par la maladie générale dont elle est un des rares phénomènes, par l'apparence particulière des lésions rénales, et par la coïncidence des lésions rhumatismales dans d'autres organes, pendant la vie les symptômes de cette affection des reins sont tellement obscurs dans la plupart des cas, que, dans l'état actuel de la science, il est à peu près impossible d'assigner les caractères à l'aide desquels on peut sûrement la reconnaître. Il est bien rare, en effet, que cette affection s'annonce par une douleur dans la région d'un des reins, se propageant dans la direction de l'uretère, dans le testicule et dans la cuisse correspondante, après la disparition brusque de douleurs rhumatismales d'autres parties du corps. Et lorsque, dans un cas de rhumatisme, la douleur, après avoir parcouru successivement plusieurs jointures, se déclare dans une des régions lombaires, on n'est pas aussi sûr qu'on l'a dit de reconnaître que cette douleur est musculaire à ce qu'elle augmente par les mouvements du tronc; car j'ai vu, dans des accès de colique néphrétique, les douleurs rénales singulièrement augmentées par des mouvements analogues.

» Quant à la coïncidence d'une douleur dans la cuisse correspondante, ce phénomène n'est point un signe positif de néphrite, puisque cette douleur est aussi un des symptômes d'une affection rhumatismale du membre.

» La douleur dans le testicule du côté affecté est un signe de néphrite de plus de valeur ; mais il manque dans un grand nombre de cas.

» Une diminution très notable de la sécrétion urinaire (*ischurie rhumatismale*) est un des indices de l'affection rhumatismale des reins ; mais dans des cas de rhumatisme articulaire aigu général, accompagné de sueurs très abondantes, j'ai vu si souvent la sécrétion urinaire suspendue ou très diminuée (lorsqu'il n'existait ni douleurs aux lombes, ni d'autres signes d'affection des reins), qu'on ne peut rien inférer rigoureusement de la suspension momentanée de la sécrétion de l'urine, à moins que les sueurs ne soient rares et peu abondantes, et que les boissons n'aient été prises en quantité assez considérable.

» J'ai plusieurs fois noté, pendant la vie, la présence d'une certaine quantité d'albumine dans l'urine des rhumatisants qui éprouvaient des douleurs aux lombes. S'ils eussent ressenti en même temps une douleur dans le testicule correspondant, l'existence d'une néphrite ou au moins d'une hypérémie des reins m'eût paru certaine ; dans tous les cas, la douleur du testicule manquait.

» Quant aux propriétés physiques et chimiques de l'urine, étudiées comparativement chez les rhumatisants qui avaient des douleurs aux lombes et chez ceux qui n'en avaient pas, je n'ai point observé de différences qui pussent me faire soupçonner l'existence d'une affection des reins. Dans tous les cas de rhumatisme aigu, l'urine était d'un rouge foncé et très acide ; le sédiment, d'un rouge brique ou teint en rose, était composé, en très grande partie, d'urates en poudre amorphe, et quelquefois de rares cristaux d'acide urique. »

Avant de présenter les réflexions que fait naître naturellement cette exposition des faits observés par M. Rayer, je crois devoir, pour ne pas interrompre la description, continuer l'analyse de son article.

La *terminaison* de la maladie n'est pas mortelle dans la très grande majorité des cas, puisque M. Rayer n'a vu qu'une seule fois les lésions rhumatismales des reins occasionner la mort par elles-mêmes. Dans tous les autres cas qu'il a observés, il y avait en même temps d'autres lésions, et notamment des lésions du cœur et de ses membranes.

Les *lésions anatomiques* sont le point le plus important à considérer ; aussi ne saurais-je mieux faire que de transcrire encore le passage de M. Rayer où se trouve leur description : « En examinant après la mort, dit cet auteur, les divers organes d'individus de différents âges qui avaient succombé à des affections du cœur ou du péricarde survenues à la suite de rhumatismes, j'avais noté depuis longtemps que les reins étaient quelquefois altérés. Lorsque j'eus réuni un certain nombre de cas de ces lésions rénales chez des rhumatisants, je fus frappé des apparences particulières que présentaient ces lésions. Si l'altération était récente, la substance corticale des reins était infiltrée, en un ou plusieurs points, de lymphe coagulable ; ces dépôts solides faisaient presque toujours saillie à la surface extérieure du rein, où ils apparaissaient comme des plaques légèrement jaunâtres, souvent entourées d'une ligne rouge plus ou moins foncée. Le volume de ces dépôts était très variable ; à la coupe on voyait qu'ils se prolongeaient quelquefois très profondément dans l'épaisseur de la substance corticale ; j'en ai vu qui avaient le volume d'une grosse noix ; d'autres celui d'un grain de cassis ou d'un grain d'un plus petit volume encore ; dans tous les cas, leur limite était exactement indiquée par une ligne rouge foncé qui séparait ces dépôts des parties non altérées. Les membranes extérieures du rein, dans les parties correspondantes à ces dépôts, étaient

généralement injectées; quelquefois aussi la membrane muqueuse du bassinet offrait de belles arborisations vasculaires et un pointillé rouge remarquable; les reins étaient augmentés de poids et de volume; en outre ils contenaient quelquefois de petits dépôts de pus.

» Lorsque la maladie est ancienne, les lésions de la néphrite rhumatismale ont d'autres apparences : les éminences qu'on remarque dans le premier état à la surface des reins sont remplacées par des dépressions plus ou moins profondes, en général d'une assez grande dimension, et dont le fond est jaune. La coupe n'a plus la même apparence : à l'état aigu, la matière du dépôt ressemblait à la lymphe plastique des pseudo-membranes; à l'état chronique, c'est une matière ferme, solide, et qui, à l'exception de sa couleur jaune, ressemble assez bien à du tissu cellulaire condensé. Là où sont les dépressions, les membranes fibreuse et celluleuse du rein sont tellement adhérentes, qu'elles ne peuvent en être détachées, et souvent même, dans leur voisinage, elles sont si fortement unies avec la substance corticale du rein, qu'on ne peut les séparer qu'avec la plus grande difficulté. Quelquefois ces membranes sont généralement épaissies, mais le plus souvent il n'existe que des épaississements partiels, reconnaissables à la saillie ou à l'opacité plus ou moins considérable de ces membranes dans les points affectés. On rencontre quelquefois en même temps des kystes séreux dans la substance corticale, et de petits corps cartilagineux dans la substance tubuleuse. »

Si maintenant nous jetons un coup d'œil critique sur cette description, nous voyons que, sous le rapport des symptômes, on ne peut pas être complétement d'accord avec M. Rayer. Suivant lui, cette néphrite rhumatismale serait d'abord suffisamment caractérisée par la maladie générale, dont elle est un des rares phénomènes; mais il faudrait, pour que cette proposition fût adoptée sans restriction, qu'il fût bien démontré qu'une néphrite simple ne peut pas se produire dans le cours d'un rhumatisme, ou, en d'autres termes, que toutes les fois que pendant la durée d'un rhumatisme il survient des signes d'inflammation du rein, on pût affirmer d'avance que si la mort survenait, on trouverait à l'autopsie la lésion particulière décrite plus haut, et qui, ainsi que nous allons le voir, est en définitive le caractère le moins sujet à contestation de la néphrite rhumatismale.

Avec M. Rayer il faut convenir que la *douleur*, telle qu'elle a été observée et décrite, n'est pas un signe suffisant. Quant à la *suppression de l'urine*, la manière de voir de cet auteur paraîtra peut-être exagérée; car, suivant tous les observateurs, ce symptôme n'appartient pas au rhumatisme articulaire, ou du moins ne se montre que d'une manière exceptionnelle dans cette maladie. Mais en admettant même que cette suppression de l'urine soit un phénomène se montrant assez fréquemment dans le rhumatisme articulaire pour mériter une attention particulière, il eût fallu, avant de se prononcer, rechercher si la suppression a, dans ce dernier cas, une aussi longue durée que dans la néphrite, et il est plus que probable qu'on aurait noté le contraire. C'est donc, selon moi, sur ce symptôme que l'attention des observateurs doit être principalement portée.

Les *caractères physiques et chimiques de l'urine* n'ont, comme on l'a vu, rien de particulier; de sorte que si l'on n'avait pas trouvé la lésion spéciale décrite par M. Rayer, et dont je vais parler, on serait en droit de nier l'existence d'une néphrite de nature rhumatismale.

Reste donc cette *lésion* qui consiste dans un dépôt de lymphe coagulable ; mais malheureusement ce caractère lui-même n'est pas essentiel, comme le fait remarquer M. Rayer. « Ces lésions anatomiques, dit-il (1), suffiraient, indépendamment de la cause qui les produit, pour caractériser la néphrite rhumatismale, si, dans certaines néphrites par poisons morbides, on n'observait pas des lésions semblables à celles que j'ai rencontrées dans la période aiguë de la néphrite rhumatismale. »

Il résulte de ce qui précède que presque tout reste encore à faire sur cette espèce de néphrite, et qu'on doit d'abord s'efforcer de démontrer péremptoirement son existence. Cependant j'ai cru devoir entrer dans tous ces détails, parce qu'il ne peut pas être indifférent pour la pratique de savoir si l'on doit reconnaître ou non une néphrite de nature particulière, qui pourrait bien exiger des moyens différents de ceux qu'on oppose habituellement aux autres. Si je n'ai pas pu résoudre complétement la question, j'ai du moins montré les points qui demandent surtout à être éclairés. Espérons que des observations nouvelles ne tarderont pas à faire cesser nos doutes.

Le *traitement* doit nécessairement se ressentir de l'incertitude dans laquelle nous sommes restés sur l'existence même de la nature spéciale de la maladie ; nous ne pouvons avoir, en effet, aucune expérimentation thérapeutique dirigée sur des cas bien déterminés.

« Dans le cas, dit M. Rayer, où l'on reconnaîtrait, pendant la vie, une affection rhumatismale des reins, son traitement rentrerait inévitablement dans celui de la maladie générale dont elle ne serait qu'un des éléments : des *émissions sanguines abondantes et rapprochées* seraient nécessaires. » Cette proposition ne peut évidemment s'appliquer qu'à la néphrite survenant dans le cours d'un rhumatisme aigu. Mais si, après s'être montrée de cette manière, l'affection persiste et devient chronique, ou bien si elle est chronique dès le début, quels sont les moyens à lui opposer ? Ici l'observation est muette, et tout ce que je peux faire, c'est de renvoyer le lecteur à l'article *Rhumatisme articulaire chronique*, en attendant que de nouvelles recherches viennent nous apprendre s'il est utile de diriger contre l'affection rénale en particulier quelque moyen tout spécial.

« On a aussi, ajoute le même auteur, conseillé d'appliquer des *vésicatoires* ou d'autres topiques excitants autour des articulations qui avaient été douloureuses dans le cours d'un rhumatisme, lorsqu'il paraissait s'être fixé sur les reins. » C'est là le traitement commun à toutes les métastases de ce genre admises par les auteurs.

ARTICLE V.

NÉPHRITE GOUTTEUSE.

Si l'on s'en laissait imposer par de simples apparences, on pourrait croire que la plupart des auteurs ont réellement mentionné une néphrite goutteuse ; mais si l'on examine avec attention les principales publications dont M. Rayer nous a donné une indication exacte, on voit bientôt qu'il ne s'agit, dans toutes ces

(1) *Loc. cit.*, t. II, p. 74.

descriptions, que de la *gravelle* ou des *calculs urinaires*, qui se présentent fréquemment chez les goutteux.

M. Rayer est donc le seul qui ait explicitement signalé l'existence d'une inflammation du rein de nature goutteuse. Cette manière de voir doit-elle être adoptée? Pour qu'il en fût ainsi, pour qu'on ne conservât aucun doute, il faudrait qu'à des signes de néphrite évidents chez des goutteux correspondissent après la mort des lésions différentes dans leur nature de celles des autres néphrites, et que ces lésions eussent pour siége la substance même du rein et non ses conduits, puisque ce siége est celui des affections dont nous nous occupons actuellement. Or voici ce qui résulte des recherches de M. Rayer.

D'abord, comme nous venons de le voir, les auteurs qu'il a cités n'ont réellement constaté que la fréquence plus ou moins grande de la gravelle et des calculs urinaires dans les maladies goutteuses. En second lieu, les faits qu'il a réunis nous montrent des individus qui, sujets à des attaques de goutte, ont eu, dans le cours de leurs attaques ou dans les intervalles, les urines chargées d'acide urique, ont éprouvé quelques douleurs rénales, et parfois ont eu des accès de colique néphrétique. Enfin à l'autopsie, chez un très petit nombre de sujets, on a trouvé des traînées d'acide urique dans les tubulures, de petits calculs, et des lésions de la substance corticale et des membranes des reins qui n'ont rien de particulier.

Dans un seul cas les lésions présentaient quelque chose d'insolite, et c'est pourquoi je vais en donner la description, afin qu'on puisse juger si ce fait est suffisant pour qu'on admette la néphrite goutteuse.

« A l'ouverture du corps d'un goutteux, dit M. Rayer, j'ai trouvé les deux reins profondément altérés. Ils présentaient à leur surface de gros mamelons blanchâtres, séparés par des dépressions dont le fond, parcouru par un très grand nombre de vaisseaux capillaires, était rougeâtre. Les mamelons, plus durs que la substance rénale, adhéraient fortement aux membranes extérieures des reins. Toute la surface du rein gauche était généralement mamelonnée, et ses extrémités étaient comme hérissées d'un grand nombre de petites aspérités. Le rein droit était moins déformé; sur une des faces, les mamelons, disposés en circonvolutions, dégénéraient en des élevures plus petites, irrégulières; sur l'autre face, les espèces de circonvolutions formées par les gros mamelons s'arrêtaient à un sillon qui semblait continuer l'angle inférieur de la scissure du rein, dont le lobe inférieur était presque lisse. A la coupe, la substance corticale était très pâle, et, par endroits, d'une teinte jaunâtre et légèrement transparente, à peu près comme dans un des états de la néphrite albumineuse; on ne découvrait point de granulations.

» Les bassinets, un peu dilatés et arborisés, contenaient un assez grand nombre de petits graviers jaunes d'acide urique; on voyait en outre, à la surface interne du bassinet du rein gauche, un petit nombre de vésicules jaunâtres, transparentes, du volume d'une tête d'épingle.

» Il existait aussi un certain nombre de petits graviers jaunes dans la vessie, dont la membrane muqueuse était saine. »

Je ne crois pas qu'avec de pareils faits on puisse regarder comme démontrée l'existence d'une néphrite goutteuse. M. Rayer lui-même semble le reconnaître, lorsqu'après avoir mentionné les grains de sable qui se trouvent dans les reins, il ajoute : « Quant à l'apparence de l'altération des substances des reins, elle varie

suivant les cas, mais elle correspond toujours à une de celles qui caractérisent la néphrite chronique. » Ainsi, je le répète, tout ce qu'on peut dire, c'est que les goutteux sont sujets à la gravelle urique, et que, dans certains cas, les dépôts qui en résultent irritent les reins de manière à produire une inflammation aiguë ou chronique qui a son siége principal dans les conduits urinaires; mais il n'y a rien là d'assez spécial pour nous déterminer à décrire cette affection comme une espèce particulière de néphrite. Au reste, la pathologie n'y perd rien, car toute la différence consiste dans la manière d'envisager l'affection, et, pour les besoins du praticien, il suffit de rappeler ces faits à l'occasion de la gravelle et des calculs urinaires.

Cependant, comme il ne peut pas être inutile de savoir quelles sont les espèces différentes que présente une maladie, parce que chacune d'elles peut exiger un traitement particulier, je n'ai pas pu me dispenser d'entrer dans la discussion précédente, et d'indiquer avec quelques détails les raisons qui m'empêchent de décrire une néphrite goutteuse.

ARTICLE VI.

MALADIE DE BRIGHT

(*néphrite albumineuse*, *albuminurie*, *affection granuleuse des reins*, etc.)

L'affection dont il va être question dans cet article est une de celles dont on n'a pas pu faire remonter la connaissance plus haut que ces dernières années, quelques recherches d'érudition qu'on ait entreprises. C'est au docteur Bright que revient l'honneur de cette découverte, qui pouvait être préparée, mais qui assurément n'était point faite, comme on peut s'en assurer en lisant avec quelque attention l'*historique* détaillé de M. Rayer sur cette grave maladie, historique dont je vais indiquer sommairement les points principaux. Depuis Hippocrate jusqu'à Cotugno (1), tout ce que les auteurs avaient constaté, c'est que l'*anasarque* correspond parfois à certaines affections des reins. À peine si quelques uns avaient remarqué certains caractères particuliers des urines dans les cas de ce genre. À Cotugno commence une nouvelle série de recherches pour ainsi dire en sens inverse; c'est-à-dire que si les médecins précédents s'étaient contentés de signaler la coïncidence de la lésion rénale et de l'albumine, Cotugno et un bon nombre de ceux qui vinrent après lui se contentèrent de rechercher le rapport qui pouvait exister entre la présence de l'albumine dans les urines et l'hydropisie.

Wells (2), dans plusieurs publications dont M. Rayer nous a donné des extraits, fut le premier qui entrevit le rapport et de la lésion particulière des reins, et de la présence de l'albumine dans les urines, avec les hydropisies, et la découverte de la maladie eût été complète si ce rapport eût été bien précisé. Mais Wells n'alla pas jusque-là, ainsi qu'on peut s'en convaincre par ce passage que rapporte M. Rayer : « Mais je n'en conclus pas, ajoute Wells, que ces apparences des reins et celles qui ont été notées dans d'autres cas (reins plus volumineux et plus mous, avec vési-

(1) *De ischiade nervosa* (*Comment.*, 1770).

(2) *On the presence of the red matter and serum of the blood*, etc. (*Transactions of a Society for the improv. of med. and chir. knowledge*, vol. III).

cules, kystes, etc.) existent toujours, ni que les reins sont toujours malades, quand les urines contiennent beaucoup de sérum (1). » C'est cette indécision qui empêcha qu'on n'accordât aux recherches de cet auteur toute l'attention qu'elles méritaient, car on ne peut pas nier qu'elles ne soient de la plus haute importance.

Jusqu'à Bright il n'est aucun autre auteur qui ait poussé plus loin la connaissance de la maladie, et c'est pourquoi je n'entrerai pas dans des détails sur leurs travaux, bien que ceux de Blackall (2) et de Prout (3) aient un degré d'intérêt incontestable.

Voici comment M. Rayer indique la manière précise dont M. Bright fit connaître les caractères de la maladie à laquelle il a attaché son nom. On verra par là que, dès ce moment, toutes les incertitudes devaient cesser. « Après avoir rappelé l'influence remarquable que les maladies du cœur et des gros vaisseaux, les maladies du foie et des veines, et celle de l'inflammation des membranes séreuses exercent sur le développement de l'hydropisie, M. Bright annonça nettement que l'hydropisie avait encore une autre source dans *des altérations particulières des reins;* et il ajouta que toutes les fois que l'hydropisie dépendait de ces altérations rénales, l'urine était plus ou moins *albumineuse*, tandis qu'il ne l'avait jamais trouvée coagulable dans un grand nombre d'autres hydropisies qu'il avait observées et qui dépendaient de maladies organiques du foie. »

Dès lors l'affection fut bien connue, et il ne resta plus qu'à étudier quelques détails que le temps seul pouvait faire connaître. Des auteurs d'un très haut mérite vinrent bientôt compléter la description de la maladie, sur laquelle ont paru, dans ces quinze dernières années, un très grand nombre de travaux importants. Je me contente de mentionner ceux des docteurs Christison (4), Gregory (5), Rayer (6), Martin-Solon (7), parce que j'aurai à citer maintes fois, dans le cours de cet article, et les recherches de ces auteurs, et celles de plusieurs autres observateurs récents qui ont aussi jeté quelque lumière sur ce point si important de la pathologie des reins.

Il s'est élevé au sujet de la nature même de la maladie, de la dénomination qui lui convient et des diverses formes qu'elle présente, des discussions qui me paraissent mériter d'être examinées avant que nous entreprenions son histoire. La manière dont seront résolues les questions soulevées dans ces discussions doit, en effet, avoir une influence marquée sur le mode qu'il convient d'adopter dans la description de cette affection. Dans un travail que j'ai déjà cité (8), j'ai traité ces questions avec les détails qu'elles méritent; je crois donc bien faire en reproduisant ici le passage où elles sont examinées. Voici comment je m'exprimais à ce sujet :

« Avant d'entrer en matière, examinons d'abord, avec M. Rayer, si la maladie

(1) *Loc. cit.*, t. II, p. 534.

(2) *Observ. on the nature and cure of dropsies*; London, 1813.

(3) *Inquiry on the nat. and treat. of gravel*, etc.; London, 1821. Trad. en français par Mourgué, Paris, 1822, in-8.

(4) *Observ. on the variet. of dropsy*, etc. (*Edinburgh med. and surg. Journ.*, 1829); and *On granular degen. of the kidnies*, etc.; Edinburgh, 1829.

(5) *On diseas. stat. of the kidney*, etc. (*Edinburgh med. and surg. Journ.*, 1831).

(6) *Oper. cit.*, t. II, p. 546.

(7) *De l'albuminurie*, etc.; Paris, 1838.

(8) *Arch. gén. de méd.*, 3e série, 1842, t. XV, p. 59.

mérite réellement le nom qu'il lui a imposé. L'expression de néphrite albumineuse indique l'existence d'une inflammation des reins, dont le signe spécial est la présence de l'albumine dans les urines. De nombreuses objections ont été faites à cette manière d'envisager la maladie, et M. Rayer a senti qu'il fallait commencer par les repousser. Nous ne saurions mieux faire que de citer la note de M. Rayer sur ce point, qui ne laisse pas d'avoir une grande importance, car les idées qu'on se fait sur la nature d'une maladie ont nécessairement une grande influence sur son traitement.

— « On a, dit M. Rayer, fait plusieurs objections contre la dénomination de néphrite albumineuse que j'ai imposée à cette maladie des reins.

» On a dit que le mot *néphrite*, employé comme terme générique, pouvait empêcher de reconnaître la nature de la lésion rénale; que cette dénomination tranchait une question qui n'était pas complétement résolue; qu'elle tendait à faire appliquer à cette maladie la méthode antiphlogistique qui ne lui était pas favorable dans un certain nombre de cas, et qui lui était contraire dans ses périodes avancées; enfin, on a ajouté que d'autres lésions inflammatoires des reins étaient également accompagnées d'urines albumineuses. Je me bornerai à remarquer ici que l'analogie de cette maladie avec les autres inflammations rénales est frappante, lorsqu'on les étudie comparativement dans leurs causes, dans leurs symptômes et leur traitement, et surtout dans les caractères anatomiques de leur première et dernière période; que le mot de *néphrite*, appliqué comme terme générique à la néphrite albumineuse, ne peut empêcher de reconnaître cette maladie, analogue par plusieurs caractères importants à la néphrite ordinaire; que si la méthode antiphlogistique telle que la comprennent les auteurs des objections, c'est-à-dire l'emploi des saignées générales et locales, la diète, etc., n'est pas applicable à la néphrite albumineuse chronique, une foule d'inflammations chroniques, et en particulier toutes les inflammations chroniques et non fébriles des reins et de la vessie sont dans le même cas; enfin que si l'urine contient quelquefois, et d'une manière passagère, de l'albumine mélangée ou non de pus ou de sang, dans d'autres affections rénales ou dans d'autres inflammations des reins (fait que j'ai signalé depuis longtemps), cela ne fait pas que le passage constant d'une quantité notable d'albumine dans l'urine ne soit un phénomène propre à caractériser une espèce particulière de néphrite.

» On s'est fait généralement une idée peu exacte de la néphrite albumineuse, d'après la seule connaissance de ses formes lentes ou chroniques. Longtemps on a négligé l'étude des cas aigus qui surviennent après la scarlatine, et plus rarement sous l'influence du froid et de l'humidité, et les cas les plus communs où la maladie, à son début, a un caractère inflammatoire, noté par des médecins d'une époque déjà éloignée, qui, dans l'ignorance du siége primitif de la maladie, l'avaient considérée comme une *hydropisie inflammatoire*, *pléthorique ou sthénique*.

» En résumé, la dénomination de néphrite albumineuse a l'avantage de donner une idée générale du caractère nosologique de la maladie, de la rapprocher des lésions rénales avec lesquelles elle a de l'analogie, de faire pressentir la nécessité d'arrêter une maladie inflammatoire et désorganisatrice dès son début et avant qu'elle passe à l'état chronique, où elle est presque toujours incurable.

» J'ajoute que les dénominations qu'on a proposées pour désigner cette maladie sont loin d'être préférables (*Diseased kidney in dropsy*, Bright, 1827; — *Renal*

diseases accompanied with secretion of albuminous urine, Bright, 1836; — *The variety of dropsy wich depends on diseased kidney*, Christison ; — *The diseased states of the kidney connected during life with albuminous urine*, Gregory); dénominations dont les unes ont l'inconvénient de rattacher la lésion rénale à l'hydropisie, laquelle n'existe pas toujours et semble supposer que l'hydropisie ne peut résulter d'autres affections rénales, et dont les autres semblent réunir dans un même groupe toutes les lésions rénales accompagnées d'urine albumineuse pendant la vie, ce qui ne serait pas vrai, et ce qui ne pourrait être fait sans une confusion fâcheuse.

» La dénomination de *dégénérescence granuleuse* (*granular degeneration of the kydnies*, Christison) a le grave inconvénient de donner à entendre que les granulations sont le caractère anatomique essentiel de la maladie, tandis qu'elles n'en sont réellement qu'une des apparences. Aussi cette dénomination a-t-elle conduit à méconnaître la maladie dans les cas où les granulations de M. Bright n'existaient pas : dans la première, la seconde et la troisième forme, par exemple.

» La dénomination *renal dropsy* (hydropisie dépendante des reins) présente l'hydropisie comme la maladie elle-même, et cependant l'hydropisie peut ne pas exister lorsque la lésion rénale existe, et elle peut disparaître complétement lorsque l'affection rénale persiste.

» La dénomination d'*albuminurie*, proposée par M. Martin-Solon, est plus défectueuse encore. En employant un même mot (*albuminurie*) pour désigner à la fois un phénomène commun à plusieurs maladies et une affection particulière des reins produisant l'hydropisie, il a été inévitablement conduit à jeter une sorte de confusion dans une étude qui offrait déjà par elle-même de grandes difficultés.

» Enfin on a proposé d'appeler cette affection *maladie de Bright*, et j'aurais été très disposé à adopter cette dénomination qui constate la découverte de ce médecin célèbre, s'il ne m'eût paru préférable de donner à la maladie un nom pathologique significatif. »

— » Les raisons que donne M. Rayer pour conserver la dénomination qu'il a adoptée n'ont peut-être pas toute la valeur qu'il leur attribue. Il est très vrai que dans la première période de la maladie les symptômes et les lésions anatomiques présentent des caractères semblables à ceux des autres inflammations rénales ; mais n'en est-il pas de même pour toutes les affections organiques dont la nature s'éloigne le plus de l'inflammation ? Qu'il se développe des tubercules dans les poumons, un cancer dans l'estomac ou dans l'intestin, ne voyons-nous pas survenir, dans le premier cas, des symptômes qui se rapprochent tellement d'une bronchite chronique, qu'ils en ont imposé à plusieurs observateurs, et dans le second des troubles gastriques et intestinaux tels, que l'inflammation paraît, dans quelques cas évidente ? Certains auteurs, il est vrai, admettent que les maladies dont nous parlons sont de nature inflammatoire, au moins dans leur première période ; mais nous ne pensons pas que M. Rayer soit de ce nombre, et il nous suffit de faire remarquer que la maladie de Bright suit, d'après cet auteur, une marche bien différente de l'inflammation ordinaire, qu'elle donne lieu à des altérations de structure qu'on ne rencontre pas dans les simples phlegmasies, que sous ces divers rapports elle se rapproche évidemment assez des affections organiques dont nous venons de parler pour montrer que s'il est vrai que cette affection présente, dans

le principe, des symptômes inflammatoires, ces symptômes ne sont pas essentiels, ne sauraient constituer la nature de la maladie, et ne sont, comme dans les cas de tubercules pulmonaires et de cancers des divers organes, autre chose que le résultat d'un travail organique profond par lequel commence la dégénération toute spéciale des reins. S'il en était autrement, ne verrait-on pas se produire assez fréquemment des altérations toutes semblables à celles qui ont lieu dans la néphrite simple ?

» Il est vrai que les autres dénominations proposées par les divers auteurs ne sont pas plus exactes ; aussi n'est-ce point sur le nom en lui-même que portent nos réflexions, mais sur les raisons que M. Rayer a invoquées pour l'adopter. Pourvu, en effet, qu'on ait soin, comme il l'a fait, de prévenir le lecteur de la spécificité de la maladie, peu importe, au fond, qu'on l'appelle *néphrite albumineuse*, *maladie des reins avec sécrétion d'urine albumineuse* (Bright), *dégénérescence granuleuse des reins* (Christison), *maladies des reins liées à une sécrétion albumineuse* (Gregory), ou bien simplement *maladie de Bright*. Il n'est point de lecteur un peu instruit qui ne comprenne aussitôt que, puisque ces symptômes inflammatoires existent dans une maladie toute spéciale, ils n'ont qu'une importance secondaire, et ne doivent nullement détourner son attention de l'étude des caractères particuliers de l'affection.

Une seule dénomination peut-être doit être abandonnée ; c'est celle d'*albuminurie*, imaginée par M. Martin-Solon. L'abuminurie, en effet, ne constitue pas, comme le fait remarquer M. Rayer, une maladie particulière, mais bien une altération de la sécrétion urinaire commune à plusieurs affections. On ne peut pas plus se servir de ce nom que de celui de dyspnée pour indiquer une maladie dans laquelle la gêne de la respiration serait portée à un très haut degré.

» Il est donc bien compris qu'on ne doit attacher à toutes ces dénominations qu'une médiocre importance ; c'est dans l'étude attentive des détails de l'affection, et non dans un mot qui n'en indique qu'incomplétement les caractères, qu'on doit chercher à se faire une idée de la nature d'une maladie. »

La discussion dans laquelle je viens d'entrer à propos des dénominations imposées à la maladie de Bright n'est pas un pure dispute de mots, car il en résulte que cette affection ne peut pas plus être considérée comme une inflammation des reins que comme une simple excrétion anormale d'albumine, ou toute autre altération exclusive soit des solides, soit des liquides. C'est une maladie dans laquelle plusieurs états morbides spéciaux concourent au même but. On voit donc qu'en discutant les dénominations, j'ai en définitive cherché à apprécier la nature même de l'affection, et si je ne suis pas parvenu à l'indiquer d'une manière précise, c'est que la chose n'est pas possible dans l'état actuel de la science.

Quant aux divisions proposées par les auteurs, il faut remarquer d'abord que presque toutes se rapportent uniquement aux lésions anatomiques, et que par conséquent elles ne doivent pas nous préoccuper dans la description symptomatique. Si, à des lésions déterminées, on pouvait rapporter, à certaines époques de la maladie, des symptômes également determinés, il faudrait établir sur ces rapports une division méthodique ; mais c'est ce qui n'existe pas. Ainsi il est impossible de dire d'une manière précise quels sont les symptômes qui correspondent particulièrement aux *trois formes* admises par M. Bright, aux *trois degrés* de M. Christison, aux *cinq variétés* de M. Martin-Solon ; ou plutôt, il faut reconnaître que tous les

symptômes de la maladie correspondent indifféremment à ces formes, à ces degrés, à ces variétés.

Une seule division a une importance réelle en pathologie, c'est celle qui a été établie par M. Rayer. Cet auteur a décrit une néphrite albumineuse *aiguë* et une néphrite albumineuse *chronique*. La première correspond aux deux premières des six formes anatomiques admises par M. Rayer, et la deuxième aux quatre dernières. Des observations contenues dans le *Traité des maladies des reins* et dans les ouvrages des autres auteurs déjà cités, il résulte, en effet, que dans certains cas de maladie de Bright, les symptômes se développent très rapidement, en déterminant des symptômes marqués de réaction, et que la mort survient avant que les lésions soient parvenues au degré où les reins sont profondément altérés dans leur texture. Ce fait était d'autant plus important à noter, que, dans les premières recherches sur cette affection, cette première période avait passé inaperçue.

Mais doit-on admettre d'une manière absolue qu'il existe réellement une néphrite aiguë? C'est ce qui paraîtra douteux, si, en jetant un coup d'œil sur les observations, on constate que les phénomènes attribués par M. Rayer à la néphrite albumineuse, dans son état d'acuité, ne diffèrent de ceux de la néphrite chronique que par leur plus grande promptitude à se produire. Il n'y a pas, en pareil cas, comme, par exemple, dans la gastrite aiguë comparée à la gastrite chronique, une différence tranchée dans les deux affections ; symptômes dissemblables, terminaisons presque entièrement opposées, etc. On doit bien plutôt regarder la néphrite albumineuse aiguë de M. Rayer comme une première période de la maladie, qui quelquefois se produisant d'une manière peu distincte, échappe à l'observation, ou mieux encore comme semblable à ces cas exceptionnels qu'on rencontre dans toutes les affections essentiellement chroniques.

C'est ainsi que dans la phthisie, par exemple, on trouve des cas dans lesquels la maladie marche avec une extrême rapidité, et donne lieu à des phénomènes fébriles considérables, sans que pour cela on ait cru devoir diviser, d'*une manière absolue*, la phthisie pulmonaire en phthisie aiguë et chronique ; ce sont des manières d'être particulières d'une affection toujours la même, assez intéressantes pour fixer l'attention du médecin, mais qui ne sont pas suffisantes pour qu'on établisse une division *rigoureuse*.

C'est donc uniquement pour apporter plus de rigueur dans la description, et pour mieux apprécier la valeur des symptômes, suivant que la maladie marche avec plus ou moins de rapidité, que je présenterai séparément ce qui appartient à la *forme aiguë* et à la *forme chronique* de la maladie dont je trace l'histoire.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

Nous venons de voir qu'il est impossible de définir la maladie de Bright par sa nature même. La définition qu'en a donnée M. Rayer est la suivante : « La néphrite albumineuse, dit-il, est principalement caractérisée, pendant la vie, par la présence d'une quantité notable d'albumine, avec ou sans globules sanguins, dans l'urine ; par une moindre proportion des sels et de l'urée dans ce liquide, dont la pesanteur spécifique est presque toujours plus faible que dans l'état sain ; enfin par la coïncidence ou le développement ultérieur d'une hydropisie particulière du tissu

cellulaire et des membranes séreuses. » Cette définition, qui néanmoins s'applique plus rigoureusement à la forme chronique qu'à la forme aiguë, doit être adoptée. Lorsque je décrirai les lésions anatomiques, on verra quels sont les caractères de cette maladie sous ce rapport.

Nous avons vu plus haut quelles sont les principales dénominations sous lesquelles cette maladie a été désignée; il serait inutile de les reproduire ici. Je dois seulement dire que par les raisons qui ont été indiquées, c'est le nom de *maladie de Bright* qui me paraît devoir être conservé, et qui l'a été, en effet, par le plus grand nombre des auteurs français.

La maladie de Bright, sans être, à beaucoup près, une des plus fréquentes, n'est cependant pas une affection rare. Depuis que l'auteur anglais a fixé d'une manière précise les caractères de cette affection, on en a observé et rapporté un très grand nombre d'exemples; mais il y a une très grande différence dans la fréquence de la maladie, suivant qu'on la considère avec les symptômes d'acuité que nous avons signalés, ou suivant qu'on n'a égard qu'aux faits où elle se montre avec son caractère essentiellement chronique. Cette dernière forme est incomparablement plus fréquente. M. Becquerel (1) indique ainsi la proportion des cas de maladie de Bright chez les adultes : « Du 1er janvier 1839 au 1er janvier 1840, il est entré, dit-il, dans les salles Saint-Louis et Sainte-Marthe de l'hôpital de la Charité, 1448 malades, dont 848 hommes et 600 femmes. Sur ces 1448 individus, 17 étaient atteints de maladie de Bright : 11 hommes et 6 femmes, ce qui fait un individu atteint de l'affection des reins sur 85 entrants : un homme sur 77, et une femme sur 100. »

M. Becquerel, comparant ensuite cette fréquence à celle de quelques autres maladies, trouve que l'*affection typhoïde* donnant un sur 22 entrants, la pneumonie un sur 48, les maladies du cœur un sur 38, la pleurésie un sur 46, la maladie de Bright ne donne qu'un sur 85. Il est à désirer que les recherches soient continuées dans le même sens, car, quoique ces résultats soient intéressants, on ne peut nier qu'ils ne soient fondés sur un nombre de faits trop restreint. Faisons remarquer d'ailleurs que cette fréquence de la maladie ne s'applique qu'aux cas observés en France. Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de l'influence des climats.

§ II. — *Causes.*

Les causes de la maladie de Bright n'ont pas été étudiées avec toute la rigueur nécessaire par le plus grand nombre des auteurs. M. Becquerel, seul, nous a donné des résultats numériques qui ont nécessairement de l'importance, mais qui ont besoin d'être corroborés par de nouveaux relevés de faits, car l'affection n'étant pas très commune, ces résultats portent nécessairement sur un nombre de cas très limité; cependant c'est cette analyse qu'on doit suivre principalement, à cause de sa plus grande rigueur.

1° Causes prédisposantes.

Age. Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'influence de l'*âge*. C'est ainsi que la plupart ont avancé que la maladie de Bright est moins fréquente chez les enfants que chez les adultes, tandis que M. Becquerel affirme qu'elle est tout aussi com-

(1) *Séméiotique des urines*, p. 516.

mune chez les premiers que chez les derniers. Toutefois ce fait ne me paraît pas suffisamment démontré, et je ne crois pas qu'avec les éléments que possédait M. Becquerel, on pût arriver à quelque chose de précis. Il a, en effet, rassemblé vingt-cinq observations de maladie de Bright chez les enfants, mais ces faits lui sont venus de différentes sources; comment donc aurait-il pu trouver une proportion exacte, ne sachant pas le chiffre des sujets sur lesquels ont été prises les observations? Tout ce qu'il est permis de dire, c'est que les cas qu'il a recueillis et ceux que l'on recueille journellement à l'hôpital des Enfants malades prouvent que la maladie n'est pas aussi rare dans l'enfance qu'on pourrait le croire d'après les assertions de certains auteurs. M. Rayer a remarqué que c'était principalement à la suite de la *scarlatine* qu'on l'observait chez les enfants, et que, en pareil cas, la maladie se présentait presque toujours sous sa forme aiguë.

Les adultes en sont fréquemment atteints. Elle se montre rarement dans un âge très avancé, ainsi que le démontrent les divers relevés d'observations : toutefois, pour que les résultats fussent précis, il faudrait connaître le nombre de sujets existants aux différents âges, document que nous ne possédons pas.

Sexe. L'influence du *sexe* est évidente. Les hommes en sont plus fréquemment atteints que les femmes; c'est un fait que nous avons constaté en citant le relevé de M. Becquerel, et qu'il ne faudra pas perdre de vue lorsque nous aurons à déterminer le rapport qui peut exister entre la maladie de Bright et les tubercules du poumon.

Constitution; tempérament. La constitution n'a pas été étudiée d'une manière rigoureuse. Toutefois on admet qu'une *constitution débile* et un tempérament *lymphatique* prédisposent considérablement à cette affection. On a surtout insisté sur l'influence de certaines *affections constitutionnelles*, et en particulier des *scrofules* et de la *syphilis*. « J'ai vu, dit M. Rayer, plusieurs malades atteints de cette espèce de néphrite, qui avaient des ulcères scrofuleux aux jambes, des inflammations chroniques aux articulations des genoux, de la hanche, des os des pieds, des doigts, etc.; d'autres offraient des symptômes non équivoques de syphilis ancienne et invétérée, des éruptions vénériennes, des exostoses, des ulcérations à la voûte palatine, etc. Toutefois tous ces cas n'étaient pas également concluants, car plusieurs de ces malades avaient été exposés à l'influence d'autres causes dont l'action sur le développement de la néphrite albumineuse n'est pas douteuse : à l'impression du froid et de l'humidité, et à l'abus des liqueurs spiritueuses. » On voit par cette citation qu'il n'y a rien de bien précis dans l'appréciation de ces causes, dont l'influence ne nous est connue que d'une manière générale.

Conditions hygiéniques. Les conditions hygiéniques ont attiré particulièrement l'attention des médecins. Suivant M. Rayer, l'*exposition habituelle* ou longtemps continuée du corps à l'*action du froid et de l'humidité* est, en France, la cause la plus fréquente de cette maladie. La plupart des individus qu'il a traités avaient passé plusieurs mois dans une habitation froide et humide, et plusieurs étaient journellement exposés par leur état à l'action du froid humide : « C'étaient, dit l'auteur que je viens de citer, des tisserands, des blanchisseuses, des ouvriers imprimeurs occupés à mouiller le papier, des portiers habitant des loges basses et humides; d'autres exerçaient des professions qui les obligeaient d'avoir habituellement les pieds dans l'eau (débardeurs, bateliers, etc.). »

Cette appréciation d'une cause importante à connaître n'est malheureusement pas rigoureuse ; c'est ce que l'on a très bien fait observer quand on a dit que les professions exercées par les ouvriers dans les grandes villes en exposent le plus grand nombre au froid et à l'humidité, et que par conséquent il n'est nullement étonnant qu'on en trouve une proportion notable dans la maladie de Bright aussi bien que dans toute autre. On oublie toujours que la recherche des causes, et surtout des causes indirectes, doit principalement porter sur la proportion relative des cas. Parce que l'on voit un nombre un peu considérable de sujets d'une certaine profession être affectés d'une maladie donnée, on en conclut que cette profession y expose plus que toute autre, et l'on tombe de cette manière dans les plus graves erreurs. Espérons que des recherches faites d'après des données plus certaines viendront nous éclairer sur l'influence de la cause que nous étudions ici, et que nous devons regarder comme probable, mais non comme démontrée de manière à satisfaire les esprits rigoureux.

« L'*abus des liqueurs spiritueuses*, dit M. Rayer, est une cause très commune de la néphrite albumineuse dans la Grande-Bretagne, où, suivant M. Christison, cet abus produit les trois quarts ou même les quatre cinquièmes des cas de cette maladie. »

Les réflexions que je viens de présenter à propos de l'influence du froid et de l'humidité se présentent naturellement ici. Les sujets admis dans les hôpitaux, en Angleterre, ne font-ils presque pas tous des excès alcooliques? Et devons-nous trouver extraordinaire qu'un très grand nombre de malades soient dans ces conditions? M. Rayer n'a pas recherché l'influence de cette cause en France, ce qui lui eût servi à juger la question. Quant à M. Becquerel, il a trouvé que neuf fois seulement sur soixante-neuf cas les malades étaient dans l'habitude de faire des excès de boisson. Cette proportion est, comme on le voit, très peu considérable, et à coup sûr on la retrouverait dans une maladie quelconque observée dans nos hôpitaux.

Les recherches faites sur l'influence de l'*alimentation* n'ont produit aucun résultat satisfaisant. M. Becquerel, qui a examiné sous ce point de vue les divers cas soumis à son observation, n'en a trouvé que neuf dans lesquels la nourriture ait été mauvaise et insuffisante. On n'a cité aucun aliment particulier qui puisse produire la maladie de Bright.

Suivant quelques auteurs, les *excès vénériens* pourraient donner naissance à cette affection, mais le fait n'est nullement prouvé, puisque deux individus seulement sur soixante-neuf observés par M. Becquerel étaient dans de semblables conditions. M. Rayer (1) dit que trois fois l'*onanisme* lui a paru la seule cause appréciable à laquelle on pût attribuer le développement de la néphrite albumineuse chronique ; mais cette proposition ne saurait être regardée comme très exacte, puisque nous verrons plus loin que cette maladie peut se développer sans qu'il soit possible d'en découvrir la cause.

Suivant ce dernier auteur, l'*aménorrhée* est plutôt une conséquence que la cause de la maladie de Bright. Le même auteur a rangé la *grossesse* parmi les

(1) *Loc. cit.*, t. II, p. 129.

causes prédisposantes de cette maladie ; les recherches de MM. Cahen (1) et Devilliers fils (2) ont confirmé cette assertion.

Je ne parle point ici de l'influence de la *phthisie pulmonaire*, des *maladies du cœur* et *du foie*, parce que j'aurai à en dire un mot plus loin en parlant des conditions organiques dans lesquelles se développe l'hydropisie rénale.

Les *climats* et les *saisons* ont-ils une influence mieux démontrée que celle des causes précédentes ? Si l'on s'en rapporte aux différents auteurs, le fait n'est pas douteux ; cependant il faut observer qu'aucun d'eux ne s'est exprimé d'une manière précise. Tout ce qu'il est permis de dire, par conséquent, c'est qu'un climat froid et humide, le printemps et l'automne, paraissent plus favorables au développement de la maladie.

Enfin on s'est demandé si l'*hérédité*, dont l'influence n'est pas douteuse dans quelques autres maladies des reins, ne se retrouverait pas dans celle dont il s'agit ici, mais les recherches ont démontré le contraire.

2° Causes occasionnelles.

Les causes occasionnelles sont beaucoup plus difficiles encore à reconnaître que les causes prédisposantes. Les recherches sur ce point ne nous fournissent que des résultats extrêmement vagues. Il suffira par conséquent d'indiquer rapidement les causes de ce genre.

Les *excès de boissons alcooliques*, dont j'ai parlé à propos des causes prédisposantes, se retrouvent ici, mais leur influence n'est nullement mise hors de doute. L'influence du *froid extérieur* devient bien plus marquée chez les individus convalescents de la *scarlatine*. Lorsque nous aurons à traiter de cette maladie, nous indiquerons les cas où il survient une hydropisie par suite de l'impression du froid. Or il résulte des recherches de M. Rayer qu'en pareil cas l'urine est albumineuse, et les reins présentent les lésions propres à la maladie de Bright.

Une grande *fatigue*, des *travaux excessifs* ont été également signalés, sans qu'on ait fourni des preuves plus convaincantes. Ajoutons l'*ingestion de boissons froides, le corps étant en sueur*, l'usage immodéré des *préparations mercurielles*, signalés par les docteurs Wells, Blackall, Christison, mais dont l'action n'a pas été reconnue par M. Rayer, qui a fait sur ce point des recherches nombreuses à l'hôpital des Vénériens, avec M. le docteur Desir, et nous aurons les principales causes occasionnelles de la maladie de Bright.

3° Conditions organiques.

En donnant la définition de la maladie, nous avons dit que ses principaux caractères étaient la présence de l'albumine dans les urines, l'hydropisie, et une lésion particulière des reins ; mais est-ce à la maladie des reins qu'il faut rapporter l'existence de l'hydropisie et la présence de l'albumine dans les urines, qui ne seraient alors que de simples symptômes ? Ou bien doit-on chercher une cause organique antérieure, à laquelle il faudrait rapporter et les symptômes et les lésions rénales ? C'est ce qui ne paraît pas douteux au docteur J. Darwall (3).

(1) *De la néphrite albumineuse chez les femmes enceintes* ; Thèse, Paris, 1846.

(2) *Archiv. gén. de méd.*

(3) *Cyclopædia of pract. med.*, article DROPSY.

Suivant cet auteur, il faudrait diviser la maladie en trois espèces : la première, qui commence par une affection des organes respiratoires ou circulatoires, et est suivie de l'affection particulière des reins ; la deuxième, qui commence par cette affection des reins, et qui a pour conséquences les lésions de la respiration et de la circulation ; la troisième, enfin, dans laquelle les reins sont les seuls organes lésés.

D'autres auteurs, faisant des observations plus précises, ont recherché, et le nombre des cas dans lesquels diverses affections ont précédé l'apparition rénale, et les rapports de cette lésion avec ces maladies diverses. On a dit que les *tubercules pulmonaires* tantôt précédaient et tantôt suivaient l'apparition de la maladie de Bright ; mais par ce fait seul on a prouvé que l'influence réciproque de ces maladies n'était pas suffisamment connue. Rappelons-nous d'ailleurs que la maladie de Bright est plus commune chez les hommes que chez les femmes, et que les tubercules pulmonaires sont, au contraire, notablement plus fréquents chez ces dernières, et nous en conclurons qu'avant d'admettre cette influence réciproque des tubercules et de la maladie de Bright, il faut attendre des faits mieux étudiés et plus rigoureusement analysés que ceux que nous possédons.

Il en est de même des *maladies du cœur*, auxquelles MM. Rayer et Martin-Solon ont, après la plupart des auteurs anglais, attribué néanmoins une action marquée. Ce n'est qu'avec des chiffres considérables, en établissant d'une manière rigoureuse les proportions et après avoir suivi avec beaucoup d'attention la marche et le développement successif de ces maladies qui se compliquent entre elles, qu'on pourra arriver à un résultat précis ; or tous ces renseignements nous manquent.

M. le docteur Bevil Peacock (1) a recherché quel est le *rapport de coïncidence des diverses maladies* du cœur, du foie et des poumons, avec la maladie de Bright. Il résulte de ses recherches que la phthisie pulmonaire se rencontre beaucoup plus fréquemment que toute autre affection avec la maladie de Bright, et que l'apparition de cette dernière maladie agit d'une manière très fâcheuse dans la marche des tubercules. Relativement au premier de ces résultats, on ne peut s'empêcher de faire remarquer qu'il n'offre rien qui démontre d'une manière positive une liaison évidente entre la phthisie et la maladie de Bright, puisque dans toutes les circonstances la phthisie est plus fréquente que les autres affections étudiées par M. Peacock sous ce rapport.

Enfin on s'est demandé s'il n'y aurait pas une *maladie primitive du sang* dont les urines albumineuses, l'hydropisie et les lésions rénales ne seraient qu'une conséquence. Je ne crois pas que l'étude de la maladie soit assez avancée sous ce point de vue pour que l'on puisse se prononcer d'une manière positive.

Quelques recherches ont démontré que le sérum du sang des individus affectés de la maladie de Bright a perdu une notable quantité d'albumine ; mais tout dépend ici de l'époque à laquelle ce liquide a été examiné ; et comme, ainsi que nous allons le voir, il est extrêmement difficile de reconnaître l'époque précise où l'altération des reins commence, on conçoit facilement toutes les difficultés qu'il y a à s'assurer si l'altération du sang est primitive ou consécutive. Qu'il nous suffise donc d'avoir indiqué ces importants sujets de recherches, et passons à la description des symptômes.

(1) *London and Edinburgh monthly Journ.*, août 1845.

§ III. — Symptômes.

Il est nécessaire, ainsi que je l'ai dit plus haut, de tenir compte, dans la description des symptômes, de la forme aiguë et de la forme chronique. M. Rayer a surtout insisté sur cette distinction, que la plupart des autres auteurs ont néanmoins négligée; et cependant, sous le point de vue du diagnostic, elle offre un intérêt incontestable, puisque la maladie marche, dans certains cas, avec une extrême rapidité, et donne lieu à des symptômes fébriles qui pourraient être facilement méconnus et pris pour ceux d'une autre affection aiguë.

1° *Forme aiguë. Début.* Suivant M. Rayer, la maladie de Bright, à l'état aigu, débute ordinairement par un frisson suivi de chaleur à la peau, de soif, et de fréquence et dureté du pouls; mais si l'on consulte les observations, on voit que le frisson a été rarement noté, et que la soif, la chaleur et le pouls fébrile n'ont pas attiré l'attention d'une manière suffisante. M. Martin-Solon, qui a donné une description intéressante de la maladie de Bright, et qui a observé plusieurs faits présentant la forme aiguë, n'a nullement parlé du frisson; et quant aux autres symptômes qui viennent d'être mentionnés, il les a notés comme faibles et passagers; d'où il résulte que les symptômes fébriles, indiqués par M. Rayer comme caractérisant d'une manière particulière le début de la néphrite albumineuse aiguë, ne se montrent avec quelque intensité que dans des cas exceptionnels.

Symptômes. La *douleur* est encore un symptôme qui n'a pas été étudié d'une manière satisfaisante. Suivant M. Rayer, les malades éprouvent presque toujours un sentiment de constriction, une *douleur sourde*, ou au moins un malaise aux lombes, quelquefois plus marqué aux régions rénales. Si nous consultons les autres auteurs, nous trouvons une manière de voir fort différente au sujet de ce symptôme. Ainsi M. Gregory n'a noté la douleur rénale que dans la moitié des cas; M. Tissot (1) ne l'a constatée que chez le tiers des sujets, et M. Martin-Solon, en étudiant attentivement les faits, est arrivé au même résultat que M. Tissot. On peut dire, il est vrai, que ces derniers auteurs ont parlé à la fois de la forme aiguë et de la forme chronique, et que c'est là peut-être la cause de la divergence d'opinions que je signale. Il faut donc nécessairement avoir recours aux observations rapportées par M. Rayer lui-même. Or, si l'on consulte les seize cas de néphrite albumineuse aiguë qui se trouvent dans son ouvrage, on trouve que dix fois la douleur rénale a manqué complétement ou n'est pas mentionnée, et que six fois seulement il est question de cette douleur. Si l'on voulait même être très rigoureux, il faudrait n'admettre deux de ces derniers cas qu'avec un point de doute, car il n'est pas certain que la douleur, rapportée par les malades à un point peu précis des lombes, appartînt réellement à la glande rénale. Il suit de là que, jusqu'à ce qu'on ait apporté en preuve de nouveaux faits concluants, on ne doit regarder la douleur rénale que comme un symptôme appartenant à la minorité des cas, ce qui lui ôte nécessairement de son importance.

Cette douleur est peu considérable et sourde, même dans les cas les plus remarquables par leur acuité. Jamais les médecins qui l'ont étudiée ne l'ont vue consister en élancements, en irradiations gagnant les cuisses et les testicules, et souvent elle est si faible, qu'il faut fixer l'attention du malade sur elle pour qu'il l'apprécie.

(1) *De l'hydrop. causée par l'affection granuleuse des reins;* Thèse, Paris, 1833.

La *pression*, et mieux encore la *percussion*, servent à déterminer d'une manière plus précise le siége de la douleur qui se développe *spontanément*, et, dans quelques cas, à provoquer la manifestation de ce symptôme chez des sujets qui ne l'avaient jamais éprouvé. Ces derniers cas sont rares; mais, suivant les recherches de M. Martin Solon, la douleur *provoquée* ne manque jamais chez les sujets qui ressentaient déjà des douleurs spontanées.

L'*inspection* de la région rénale ne fait reconnaître rien de particulier. M. Piorry a proposé de pratiquer la *percussion* pour déterminer le degré de tuméfaction des reins; mais dût-on parvenir de cette manière à un résultat précis, ce qui est bien loin d'être prouvé, qui voudrait faire placer les malades sur les coudes et sur les genoux, et percuter longuement la région rénale, pour s'assurer que les reins ont acquis un volume plus grand qu'à l'état normal, lorsqu'on peut par beaucoup d'autres moyens excellents arriver à constater l'existence de la maladie et en suivre les progrès?

La *sécrétion urinaire* présente des altérations de la plus haute importance, puisque, comme nous l'avons vu, elles ont principalement servi à caractériser la maladie. L'*abondance* des urines est toujours, d'après les recherches de M. Rayer, moins considérable que celle des boissons, et elle est souvent réduite à une quantité qui varie entre 360 et 180 grammes par jour. Les autres auteurs se contentent de dire que la quantité de l'urine est ordinairement au-dessous de la quantité normale. L'*émission* de l'urine a lieu sans douleur, suivant M. Rayer, à moins qu'il n'y ait une complication du côté de la vessie. M. Christison dit, au contraire, que presque tous les malades éprouvent des *douleurs en urinant*. Cette dernière manière de voir est bien loin d'être exacte. Cependant il résulte d'un petit nombre de faits, et notamment de quelques uns qui ont été observés par MM. Gregory et Martin-Solon, que quelquefois il existe une *dysurie* marquée, alors que la maladie est dans un état évident de simplicité. Mais le nombre extrêmement limité de ces faits prouve que si la proposition de M. Rayer n'est pas d'une exactitude rigoureuse, elle s'applique du moins à la très grande majorité des cas. Il n'est pas non plus exact de dire avec M. Christison que le besoin de rendre les urines se fait fréquemment et impérieusement sentir chez presque tous les sujets; car si, dans quelques cas, le fait a été observé, c'est néanmoins le contraire qui a ordinairement lieu, et il n'est pas rare de constater le même nombre d'émissions qu'on observe dans l'état sain.

Dans la forme aiguë dont il est question ici, l'urine présente ordinairement une *couleur* remarquable. M. Martin-Solon l'a trouvée brunâtre, rouge, jaunâtre, feuille-morte, couleur de vin paillet. Cette couleur est due à la présence d'une quantité variable de matière colorante du sang, altération sur laquelle nous reviendrons tout à l'heure. Quelquefois la couleur est presque normale. Ces nuances de coloration varient dans le cours de la maladie. Ainsi, pendant deux ou trois jours, on trouve la teinte la plus foncée qui vient d'être indiquée, puis l'urine redevient citrine ou prend une autre nuance. C'est surtout dans les paroxysmes que présente la maladie de Bright à l'état aigu, qu'on observe ces colorations, et souvent alors on voit l'urine devenir claire ou présenter une teinte foncée, suivant qu'il y a une rémission ou une exacerbation. Dans quelques cas, suivant M. Martin-Solon,

l'urine offre la couleur du vin blanc, que nous lui trouverons plus particulièrement dans les cas de maladie de Bright à forme chronique.

En même temps que les urines présentent ces diverses colorations, elles ont un coup d'œil *louche* ou *trouble*, ce qui s'observe plus fréquemment dans la forme dont je donne la description que dans la forme chronique. Quand l'urine reprend sa couleur normale, alors même que la maladie ne fait pas de progrès vers la guérison, il n'est pas rare de lui voir recouvrer toute sa transparence.

L'*odeur* de ce liquide a quelque chose de particulier qu'il importe de signaler. M. Rayer a étudié avec soin ce caractère : « L'odeur de l'urine, dit-il (1), est faiblement urineuse. Au bout de vingt-quatre heures, l'urine a souvent une odeur particulière, analogue à celle du bouillon de bœuf. Suivant M. Martin-Solon, quand on conserve le liquide dans des vases ouverts, il n'acquiert pas aussi promptement, ni à un aussi haut degré qu'à l'état normal, l'odeur fétide et ammoniacale particulière à l'urine putréfiée. Cependant il y a des exceptions à cette règle, puisque, dans un cas cité par cet observateur, et dans un autre qui a été recueilli par le docteur Sabatier (2), l'urine est devenue promptement fétide. Du reste, il n'y a pas, comme on le voit, de différences notables entre les observations de M. Martin-Solon et celles de M. Rayer.

Un caractère de l'urine, sur lequel M. Tissot a insisté, c'est de *mousser* beaucoup plus que l'urine normale ; si on l'insuffle en faisant plonger dans son intérieur l'extrémité d'un tube, on forme un grand nombre de bulles larges et qui tardent à se rompre, comme cela a lieu dans un liquide chargé d'une certaine quantité de savon.

La *densité* de l'urine mérite d'attirer l'attention de l'observateur, et à ce sujet il s'est élevé quelques discussions. D'après M. Rayer, la pesanteur spécifique de l'urine est souvent à peu près la même que celle de l'urine dans l'état sain, quelquefois au-dessus et rarement au-dessous, d'une manière notable. M. Martin-Solon n'ayant pas tenu compte, dans son appréciation, de l'état aigu et de l'état chronique, on ne peut invoquer ses recherches sur ce point. Il en est de même de MM. Gregory et Bostock. Quant à M. Bright, il n'a parlé, comme nous l'avons vu, que de la forme chronique. Il n'en est pas de même de M. Christison. Cet auteur a parlé de l'affection au premier degré, et le premier degré admis par lui a les mêmes caractères que la néphrite albumineuse aiguë de M. Rayer. Or il n'est pas arrivé aux mêmes résultats, et voici les réflexions que j'ai présentées à ce sujet dans l'article des *Archives* déjà cité :

« Suivant M. Christison, il y aurait dans cette première période un léger abaissement de la pesanteur spécifique. D'après M. Rayer, au contraire, elle est souvent à peu près la même que dans l'état sain, quelquefois au-dessus et rarement au-dessous, d'une manière notable. Comment expliquer cette divergence d'opinions ? Faut-il se contenter de dire avec M. Rayer que tout ce qu'on a écrit jusqu'à lui sur la densité des urines ne doit s'appliquer qu'à la forme chronique de la maladie, et nullement à l'état aigu dont il est ici question ? Mais nous savons que M. Christison a admis, dans son premier degré, un certain nombre de symptômes inflamma-

(1) *Loc. cit.*, t. II, p. 106.

(2) *Consid. et obs. sur l'hydrop. symptom. d'une lésion spéciale des reins* (*Arch. gén. de méd.*, 2ᵉ série, t. V, p. 333).

toires : cet auteur a donc observé des cas où existait l'état aigu. Toutefois les expériences de M. Rayer ont été faites avec tant d'exactitude et un nombre de faits si considérable, que tout porte à croire que les cas observés par M. Christison étaient de simples exceptions. » Il n'a été rien dit depuis sur ce sujet qui doive nous faire changer de manière de voir.

M. Rayer a constaté l'*acidité constante* de l'urine dans cette forme aiguë de la maladie. Si d'autres auteurs, et notamment M. Martin-Solon, ont dit que souvent ce liquide est neutre, et quelquefois même alcalin, c'est qu'ils ont décrit à la fois la forme aiguë et la forme chronique.

L'*examen microscopique* donne des résultats fort importants, et sous ce rapport je ne saurais mieux faire que de citer le passage suivant de M. Rayer (1) :

« Si, dit-il, au moment de l'émission, on examine cette urine albumineuse et sanguinolente, on reconnaît qu'elle tient en suspension un grand nombre de globules sanguins, parfois des globules muqueux, et toujours de petites lamelles d'épithélium.

» Abandonnée à elle-même, cette urine donne un sédiment presque entièrement composé de ces globules et de ces lamelles, et quelquefois de filaments fibrineux. Il est rare d'y observer de petits cristaux d'acide urique, dont la présence dans l'urine est beaucoup plus fréquente dans le cours de la néphrite albumineuse chronique. » C'est par la plus ou moins grande abondance des globules sanguins que s'expliquent principalement les diverses nuances de coloration qui ont été indiquées plus haut ; je dis principalement, parce que, dans les paroxysmes, les urines peuvent prendre, ainsi que l'a constaté l'auteur que je cite, une teinte rouge prononcée, sans qu'elles contiennent une plus grande quantité de sang.

» Dans la néphrite albumineuse aiguë, ajoute M. Rayer, les éléments naturels de l'urine éprouvent en général, dans leur proportion, un changement moins remarquable que dans la néphrite albumineuse chronique. La proportion de l'urée et des sels est quelquefois peu ou point diminuée, et à cet égard l'urine diffère peu de l'urine à l'état sain. » M. Grégory (2) a constaté l'existence de l'urée en proportion normale, dans un cas appartenant évidemment à la forme aiguë. Les autres auteurs ayant encore négligé sur ce point la distinction que nous admettons ici de la forme aiguë et de la forme chronique, ne peuvent être consultés avec fruit.

Il n'est pas de caractère de l'urine qu'il soit plus important d'étudier que celui qui consiste dans la présence de l'*albumine* dans ce liquide. Les moyens employés dans le but de constater cette altération particulière du liquide urinaire sont assez nombreux ; mais il en est deux qui sont d'un usage général, qu'on a facilement sous la main, qui sont, sous le rapport de l'exactitude du résultat, préférables à tous les autres, et que je dois par conséquent indiquer en première ligne : ce sont l'acide nitrique et le calorique.

Exploration par l'acide nitrique. L'acide nitrique doit être versé presque goutte à goutte dans l'urine. Ce n'est pas qu'un excès d'acide redissolve réellement l'albumine, mais il *crispe* le coagulum, qui subit une diminution notable de volume, et par conséquent le précipité devient moins facile à constater. On conçoit que, dans les cas où l'albumine se trouve en très petite quantité dans le liquide, il en

(1) *Traité des maladies des reins*, t. II, p. 106.
(2) Obs. LXXIII.

résulte nécessairement une bien plus grande difficulté à reconnaître sa présence, et c'est même là ce qui a fait croire à quelques observateurs que l'excès d'acide redissolvait ce corps.

L'urine albumineuse, soumise à une suffisante quantité d'acide nitrique, présente un précipité d'un blanc laiteux, blanchâtre, ou gris jaunâtre, et floconneux. Un des caractères de ce précipité qu'il est important de ne pas oublier, c'est qu'il se dissout dans la potasse caustique, et que l'acide acétique ne peut pas le reformer dans cette solution.

Outre ces caractères, on en a cherché, à l'aide du microscope, d'autres qui viennent les confirmer. Voici à cet égard comment s'exprime M. Rayer : « Le précipité fait dans quelques urines par l'acide nitrique est quelquefois, comme je l'ai dit, composé d'albumine, d'urate d'ammoniaque et d'acide urique. Pour distinguer ces précipités complexes des précipités simples d'albumine, il suffit de les examiner au microscope. L'albumine coagulée a une apparence lamelleuse, chagrinée, particulière; la présence de l'acide urique ou de l'urate d'ammoniaque dans le précipité, est indiquée dans le premier cas par les cristaux d'acide urique, et dans le second par une poudre amorphe bientôt remplacée par de semblables cristaux, lorsque l'action de l'acide nitrique sur ce sel est complétement opérée. »

Exploration par le calorique. Avant de soumettre l'urine à l'action de *la chaleur*, pour s'assurer si elle contient de l'albumine, il faut constater si elle est acide, neutre ou alcaline. Dans le premier cas, on peut procéder immédiatement à l'expérience; dans les deux autres, il faut verser dans le liquide une petite quantité d'acide nitrique, de manière à l'aciduler. Si l'on agit sur l'urine alcaline, le précipité ne se forme pas : à peine le liquide se trouble-t-il lorsque l'albumine est très abondante. Si l'urine est neutre, il se forme ordinairement un précipité, mais pas toujours, ainsi que l'a constaté M. Rayer; et, dans tous les cas, l'expérience réussit infiniment mieux lorsque l'urine est acide.

Cette précaution prise, il suffit d'exposer l'urine, dans un tube de verre ou dans une capsule à l'action d'une lampe ou d'un feu de charbon. On voit apparaître bientôt un nuage, des stries blanches, puis des grumeaux, des flocons, qui, d'abord suspendus, gagnent ensuite en grande partie le fond du vase. L'apparence de l'albumine coagulée dans l'urine est très variable suivant les cas. Ainsi, lorsque cette matière est très peu abondante, on ne voit qu'un nuage laiteux et de petits grumeaux qui se précipitent; lorsqu'elle est en quantité considérable, des flocons abondants se portent vers le fond du vase, où ils forment une masse plus ou moins grande; d'autres sont suspendus, il y a un nuage blanc dans l'urine; enfin il est des cas, mais bien plus rarement que dans la forme chronique, où l'albumine est en telle proportion, qu'on voit les flocons occuper toute la colonne du liquide et se prendre même en une masse solide.

Il ne faut pas faire bouillir trop longtemps l'urine albumineuse, parce qu'il se produirait l'effet qui se produit lorsqu'on y verse un excès d'acide nitrique, c'est-à-dire que l'albumine se crisperait, se racornirait, et le précipité diminuerait beaucoup de volume.

Exploration par l'acide nitrique et la chaleur réunis. On ne doit pas, autant que possible, se contenter d'un seul de ces deux moyens, et surtout de

l'acide nitrique. Il vaut mieux commencer par celui-ci, et soumettre ensuite l'urine à l'action de la chaleur. Nous avons vu que l'acide nitrique précipite dans les urines albumineuses ou non de l'acide urique et de l'urate d'ammoniaque; or si, en pareil cas, il y a de l'albumine, la chaleur dissout les autres substances et la laisse intacte; s'il n'y a pas d'albumine, comme dans certaines maladies (rhumatisme, péritonite, etc.), la chaleur rend à l'urine toute sa transparence.

D'un autre côté, la chaleur précipite certains sels, et surtout les phosphates dans les urines alcalines; or l'acide nitrique empêche ce précipité ou le fait disparaître lorsqu'il est formé.

Exploration de l'urine albumineuse par d'autres réactifs. Les moyens que je viens d'indiquer sont généralement, et avec raison, regardés comme les meilleurs. Cependant quelques autres ont été proposés. Je vais les indiquer sans m'y appesantir.

On a eu recours au *sublimé corrosif.* Le docteur Bostock s'en est principalement servi, et M. Gregory (1) a fait un grand nombre d'expériences avec ce réactif; mais cette substance a l'inconvénient de troubler toutes les urines. Quant à l'*alcool*, il coagule le mucus, l'acide urique, les phosphates terreux, aussi bien que l'albumine. Il en est de même du *tannin* et de l'*alun*. L'*hydrocyanate ferruré de potasse* est un réactif très sensible, mais il précipite le mucus comme les précédents. Enfin la *créosote*, employée par M. Martin-Solon, a l'inconvénient de n'agir que sur une quantité un peu notable d'albumine.

La présence de l'albumine seule ne suffit pas pour caractériser la maladie de Bright, puisqu'on la trouve dans d'autres affections, c'est ce qui a engagé les micrographes et ceux qui ont fait l'analyse des urines dans ces maladies, à rechercher d'autres caractères qui pussent servir au diagnostic. M. le docteur Schlossberger (2) a fait connaître le résultat de ces recherches que je vais exposer en peu de mots :

Les docteurs F. Vogel, Simon, etc., ont vu, à l'aide du microscope, dans l'urine des sujets affectés de maladie de Bright, de *petits corps tortueux* et *filiformes*, qu'ils ont regardés comme appartenant en propre à la maladie qui nous occupe. Mais MM. Lehmann et Scherer ont trouvé ces mêmes corpuscules dans d'autres affections des voies urinaires, et tout nous porte à croire avec Henle, qu'ils ne sont autre chose que des exsudations inflammatoires qui ont lieu dans les petits tubes de la substance corticale.

M. Scherer a signalé un autre caractère plus important dans la *diminution du résidu solide* de l'urine, abstraction faite de l'albumine. Il a, en effet, trouvé que ce résidu est à celui de l'état sain comme 1 est à 2, 3, 4 et même 5.

Suivant M. Renges, c'est principalement sur la quantité de l'*urée* que porte la diminution. Ainsi, tandis que, dans l'état sain, l'urée forme la moitié du résidu, dans la maladie de Bright, elle n'en forme plus que le onzième, lorsqu'on a enlevé l'albumine. Malheureusement ce sont là des analyses délicates qui ne sont pas à la portée de tous les praticiens.

Hydropisie. L'*anasarque*, qui survient ordinairement d'une manière très rapide dans les cas dont il s'agit ici, c'est-à-dire dans la forme aiguë de la maladie

(1) Voy. *Arch. gén. de méd.*, t. XXX, p. 264 et suiv.
(2) *Œsterlen's Jahrbücher für pr. Heilkunde*, février 1845.

de Bright, a dû nécessairement frapper tous les auteurs, aussi a-t-elle été décrite avec soin. L'infiltration du tissu cellulaire est à la fois bien plus constante et bien plus hâtive que l'épanchement dans le péritoine. Cependant elle peut manquer elle-même dans quelques cas. Suivant M. Gregory, l'hydropisie manquerait chez un peu plus du quart des malades ; mais, d'une part, cet auteur a parlé à la fois de la maladie dans sa forme aiguë et dans sa forme chronique, et de l'autre il a évidemment, dans quelques cas, rangé dans ses observations des sujets affectés simplement de néphrite aiguë ou chronique. L'absence de l'infiltration doit être considérée comme une exception fort rare dans la forme aiguë de la maladie de Bright.

C'est par les membres inférieurs que commence ordinairement cette infiltration. Cependant on la voit quelquefois commencer par la face ; mais ce serait une erreur de croire qu'il en est fréquemment ainsi ; ce dernier début de l'anasarque a frappé quelques observateurs qui l'ont cru plus fréquent qu'il ne l'est en réalité, et c'est ce qui motive cette réflexion.

Que l'œdème commence par les pieds, ou beaucoup plus rarement, comme nous l'avons vu, par la face, il tend à s'étendre et gagne les membres supérieurs ; dans un certain nombre de cas, la face et le tronc sont envahis, il y a une véritable *anasarque*, et l'infiltration peut être si considérable, que le tronc et les membres prennent un volume énorme.

On observe aussi, dans un certain nombre de cas, un *épanchement dans le péritoine ;* mais cette *ascite* n'est ni fréquente ni ordinairement considérable dans la maladie de Bright à l'état aigu. Dans la plupart des observations rapportées par M. Rayer, il est parfaitement constaté que le ventre ne contenait pas de liquide.

Chez quelques sujets l'œdème, après avoir envahi un membre, le quitte pour se porter sur un autre, ou même il passe de l'un à l'autre côté du corps entier. M. Martin-Solon n'a jamais trouvé d'exemple de cette marche de l'œdème, mais les autres observateurs ont vu les choses se passer de cette manière, et dans des cas où le diagnostic n'était pas douteux.

Comme dans tous les cas où l'œdème se produit promptement, la peau est rénitente, elle ne se présente pas avec cet aspect luisant qu'elle a dans l'œdème chronique, les tissus ne se laissent déprimer que sous une assez forte pression, et les traces de cette pression disparaissent promptement. On n'oublie pas sans doute qu'il ne s'agit ici que de la forme aiguë de la maladie de Bright.

A ces symptômes, qui sont les plus importants, il s'en joint d'autres qui servent à caractériser cette forme aiguë. On a noté la perte de l'*appétit*, parfois du dégoût pour les aliments, et même des nausées. « Le *pouls*, dit M. Rayer, est toujours plus ou moins fébrile ; les premiers jours, il y a ordinairement de la chaleur et de la sécheresse à la peau »

État du sang. La plupart des auteurs anglais, et M. Rayer après eux, ont noté l'*état couenneux du sang* extrait de la veine, et un retrait considérable du caillot. On trouve le sérum moins souvent lactescent que dans la forme chronique ; mais ce qu'il y a surtout d'important à noter, c'est ce qui survient dans cette partie du liquide sanguin au bout de peu de jours de durée de la maladie. La chaleur et l'acide nitrique y font naître un coagulum moins abondant et moins ferme que dans le sérum sain, ce qui s'explique naturellement par le passage, dans les urines,

de l'albumine, cette partie constituante du sérum. Par la même raison, la *densité* du sérum est diminuée, et ces altérations sont en rapport avec la plus ou moins grande abondance de l'albumine dans l'urine.

C'est par cette diminution de l'albumine du sérum que M. Andral (1) explique la production de l'hydropisie. Le sérum devenant plus fluide, s'échappe facilement hors des voies de la circulation, et est exhalé dans le tissu cellulaire et à la surface des membranes séreuses.

M. Christison a rapporté un cas dans lequel, au neuvième jour de la maladie, le sang était chargé d'*urée*. MM. Rayer et Guibourt ne sont pas arrivés au même résultat dans leurs expériences sur deux cas soumis à leur observation; MM. Becquerel, Lecanu et Quevenne (2) n'ont pas été plus heureux, ce qui porte à croire que M. Christison a expérimenté sur un cas exceptionnel.

Tels sont les symptômes de la maladie de Bright à l'état aigu; on voit qu'ils n'ont pas été étudiés avec toute la rigueur désirable, mais que, tels qu'ils sont, ils suffisent pour motiver la division que j'ai adoptée.

Lorsque la maladie doit se terminer par la guérison, on voit l'urine devenir plus abondante; la quantité rendue est supérieure à celle des boissons. En examinant tous les jours le liquide, on reconnaît que le coagulum qu'y font naître la chaleur et l'acide nitrique devient de moins en moins volumineux. La proportion des sels et de l'urée augmente au contraire. Le mouvement fébrile tombe; l'œdème se dissipe en commençant par les points envahis les derniers; les épanchements séreux, dans les cas peu fréquents où il s'en était formé, ne tardent pas à être résorbés, et les malades entrent en pleine convalescence. C'est surtout dans la maladie de Bright, *survenue après la scarlatine*, que les choses se passent de cette manière.

Quand la mort doit être la terminaison de la maladie, on voit ordinairement survenir des complications du côté du thorax (pneumonie, pleurésie, péricardite), dont les symptômes viennent se joindre à ceux que j'ai décrits.

Enfin il n'est pas rare de voir la forme chronique succéder à la forme aiguë. On peut croire alors que la maladie tend à la guérison, parce que l'excitation tombe, que les urines deviennent un peu plus abondantes, que les symptômes gastriques diminuent ou disparaissent, que l'hydropisie elle-même se dissipe; mais en examinant les urines, on voit qu'elles restent albumineuses, et au bout d'un temps plus ou moins long, le retour de l'hydropisie annonce la persistance de la maladie, qui continue alors sous forme chronique.

2° *Forme chronique.* Les détails dans lesquels je suis entré à propos de la forme aiguë me dispenseront de longs développements sur la forme chronique, car il ne s'agit entre elles que de différences qui sont constatées par les mêmes procédés.

Début. Il n'y a de remarquable à signaler dans le début que son obscurité, sur laquelle je reviendrai plus loin. L'hydropisie ne survenant souvent qu'à une époque assez avancée, et toute la maladie consistant d'abord dans une simple altération du liquide urinaire, les malades n'ont aucune conscience de leur état, et il faut reconnaître que si, dans ces derniers temps, on a pu observer un bon nombre de cas avant l'apparition de l'œdème, c'est qu'on a examiné indifféremment les

(1) *Essai d'hématologie pathologique*; Paris, 1844.
(2) BECQUEREL, *Séméiol. des urines*, p. 513.

urines de tous les malades d'une ou de plusieurs salles d'hôpital, ce qui a mis sur la voie. Des sujets peuvent avoir des urines albumineuses pendant fort longtemps, sans être obligés d'abandonner leurs occupations. MM. Gregory et Christison en ont cité des exemples frappants.

Symptômes. La *douleur* ne nous présente rien de nouveau à considérer, si ce n'est qu'elle se montre moins fréquemment que dans la forme aiguë. Le palper, la percussion ne lui donnent jamais une intensité considérable.

M. Rayer a remarqué que, dans une assez grande proportion des cas, le nombre des émissions de l'*urine* en vingt-quatre heures était plus considérable que dans l'état sain. Ordinairement, toutefois, la sécrétion urinaire a perdu de son abondance, surtout lorsque l'hydropisie s'est déclarée.

Dans cette forme, l'urine est *pâle*, elle est ordinairement *louche* et même *trouble*. Les auteurs ont cité des cas où elle présentait un certain nombre de flocons blanchâtres et ressemblait à du petit-lait. Cependant on la voit aussi conserver sa transparence, et alors elle ne présente autre chose de remarquable que sa décoloration.

L'*odeur* de l'urine n'a pas ce caractère qui la faisait ressembler à celle du bouillon de bœuf dans la maladie de Bright à forme aiguë; mais elle n'est pas urineuse, elle est simplement fade.

La *densité* de ce liquide est presque toujours diminuée, et souvent on la voit descendre à 1005 et même 1004. Il y a du reste des variations souvent notables de cette densité d'un jour à l'autre : c'est ainsi que M. Martin-Solon l'a vue du jour au lendemain, et sans cause appréciable, passer de 1007 à 1018.

L'urine est *mousseuse*, et donne par l'insufflation des bulles larges et persistantes, phénomène qui, dans la plupart des cas, est encore plus marqué que dans la forme aiguë de la maladie.

En traitant le liquide par l'acide nitrique et par la chaleur, on obtient un *précipité albumineux* qui, dans la majorité des cas, est plus notable que celui que nous avons signalé dans la forme aiguë. Ces deux moyens par excellence doivent être employés de la manière que j'ai longuement indiquée.

Les *sels* sont presque toujours en très faible proportion dans l'urine. Aussi l'acide oxalique n'y produit-il pas de précipité ou n'en produit-il qu'un très léger, et nous verrons plus loin comment M. Martin-Solon a proposé de tirer parti de ce fait pour suivre la marche décroissante de la maladie.

L'*urée* se trouve également en moindre quantité dans le liquide urinaire. D'après les recherches de M. Christison, la proportion de ce principe est très variable; cependant, lorsque la maladie est à son summum, et que la quantité de l'albumine dans l'urine est extrêmement considérable, l'urée disparaît presque entièrement de ce liquide.

M. Rayer (1) a constaté que « le défaut de transparence de l'urine tient quelquefois à la présence d'une matière grasse en suspension, qu'on peut enlever à l'aide de l'éther sulfurique, qui rend l'urine transparente. »

Hydropisie. Ce n'est qu'à une époque ordinairement assez éloignée du début de la maladie, que l'*infiltration séreuse* commence, en sorte que, jusqu'alors, la ma-

(1) *Loc. cit.*, t. II, p. 114.

ladie est bornée aux symptômes siégeant dans les voies urinaires qui viennent d'être décrits. A cette époque, l'*œdème* se manifeste et se montre d'abord, dans le plus grand nombre des cas, autour des malléoles. Il est marqué principalement le soir, et lorsque les malades se sont tenus longtemps debout. Il gagne ensuite les jambes, et déjà on peut remarquer autour des yeux un peu de bouffissure, notable surtout le matin, au réveil. Enfin l'œdème envahit les cuisses, les membres supérieurs, l'abdomen, la face et le thorax, et parfois cette *anasarque* devient très considérable.

L'œdème de la maladie de Bright à forme chronique est plus fixe que celui de la forme aiguë, c'est-à-dire qu'il ne disparaît pas plus ou moins complétement d'un point du corps pour se porter à un autre, mais qu'il augmente au contraire dans les endroits envahis les premiers, à mesure qu'il gagne d'autres parties.

L'infiltration ne se forme pas avec la même rapidité que dans la forme aiguë; aussi le plus souvent l'œdème a-t-il les mêmes caractères, ou à peu près, que celui qui résulte d'un obstacle à la circulation dû à une affection chronique. Cependant il diminue moins facilement par le repos; et comme d'un autre côté il est des cas où l'on voit l'anasarque augmenter très rapidement en vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures, il en résulte que, chez quelques sujets, il y a une tension considérable, une rénitence marquée des tissus, dans une plus ou moins grande étendue des parties occupées par l'œdème.

Les *épanchements dans les cavités séreuses* sont bien moins fréquents et moins considérables que l'infiltration du tissu cellulaire. Dans le péritoine, les plèvres et même le péricarde, on a pu reconnaître pendant la vie de légères accumulations de liquide, qui ne se montrent en général qu'à une époque avancée de la maladie, et qui ne sont pas comparables à celles qu'on observe dans le cours des maladies organiques du cœur et du foie. Lorsque celles-ci existent en même temps que la maladie de Bright, les épanchements sont souvent très abondants, mais il est évident alors que ce n'est pas à cette dernière affection qu'il faut en rapporter principalement l'existence. Il est inutile de dire quels sont les moyens propres à faire reconnaître ces collections de liquide séreux. J'ai suffisamment insisté sur ce point en parlant de l'*hydrothorax*, de l'*hydropéricarde* et de l'*ascite*.

« On a quelquefois, dit M. Rayer, trouvé après la mort des épanchements plus ou moins considérables dans les ventricules cérébraux et dans le canal rachidien.

» L'analyse chimique a démontré que la sérosité de ces épanchements, indépendamment de l'albumine et des sels qui la composent ordinairement, *contenait une certaine quantité d'urée;* au moins cela est-il prouvé pour la sérosité des épanchements cérébraux et pour celle qui s'accumule dans la cavité du péritoine. » Je cite ce fait ici, parce qu'il nous explique un phénomène que nous avons signalé dans l'étude de l'urine, c'est la disparition ou du moins la diminution considérable de l'urée. Il est vrai que, comme nous allons le voir, on a trouvé un peu plus souvent de l'urée dans le sang chez les sujets affectés de maladie de Bright à forme chronique que chez ceux qui présentaient cette maladie sous la forme aiguë; mais, d'une part, on est loin d'avoir toujours réussi, et de l'autre, la quantité de l'urée trouvée dans le sang n'est jamais en proportion avec celle qui devrait exister dans l'urine. La facilité avec laquelle cette substance passe dans le tissu cellulaire ou les

cavités séreuses avec la sérosité, explique donc comment il est si difficile de la retrouver dans le sang.

Le *sang*, par suite de la perte continuelle de l'albumine par les urines, présente des altérations plus remarquables encore que dans la maladie de Bright à forme aiguë. Le sérum est relativement plus abondant, il est notablement moins dense ; il a perdu une quantité notable de son albumine, fait constaté par MM. Bostock, Christison, Gregory et les auteurs qui sont venus après eux ; la proportion des sels y est également diminuée d'une manière très notable.

« J'ai vu, dit M. Rayer, la densité moyenne du sérum, qui, dans l'état sain, est de 1028 à 1029 (Gregory), réduite à 1013, 1019, 1020, 1022.

» Cette diminution de la densité du sérum paraît être en raison directe du passage de l'albumine dans l'urine.

» Lorsqu'on traite ce sérum moins albumineux par l'acide nitrique, l'albumine, au lieu de se prendre en une masse homogène compacte, d'un beau blanc mat, forme souvent une sorte de magma grisâtre, diffluent, gélatiniforme. Par la dessiccation, ce magma perd beaucoup plus de son volume que le coagulum du sérum sain.

» Lorsqu'on examine au microscope le sang provenant d'individus hydropiques, atteints depuis longtemps de néphrite albumineuse chronique, les globules rouges du sang paraissent moins nombreux que dans le sang sain, et l'on y remarque en outre un certain nombre de globules blancs plus volumineux que les autres.

» Plus souvent que dans la néphrite albumineuse aiguë, le sérum du sang a un aspect légèrement laiteux, ou plus ou moins analogue à celui du petit-lait.

» Plus souvent aussi que dans la néphrite albumineuse aiguë, on peut obtenir du sang une certaine quantité d'urée. La proportion est variable et toujours très peu considérable. Toutefois il paraît que la proportion de l'urée dans le sang est d'autant plus considérable que la quantité d'urée dans l'urine est plus faible et son excrétion moins abondante.

» Quant à la proportion de la fibrine dans le sang, les recherches faites sur ce sujet n'ont pas encore été assez nombreuses ni assez variées pour qu'on en puisse rien conclure d'absolu. Dans la néphrite albumineuse chronique, *le sang est souvent couenneux*, quoique moins fréquemment que dans l'aiguë. Le volume du caillot est ordinairement peu considérable. Je l'ai vu retroussé sur les bords comme dans le rhumatisme aigu.

» L'aspect couenneux du sang peut aussi dépendre des inflammations secondaires ou concomitantes du bas-ventre ou de la poitrine, qui surviennent fréquemment dans les périodes avancées de la maladie. »

On ne me saura sans doute pas mauvais gré d'avoir présenté ces détails, bien qu'au premier abord ils ne paraissent pas avoir un grand intérêt pratique. Ces faits tiennent à l'essence même de la maladie, si l'on peut ainsi parler ; si on ne les connaissait pas, on ne pourrait pas suivre avec exactitude la marche du mal, on ne pourrait pas en connaître toute l'intensité, et dans certains cas même, comme dans ceux où l'hydropisie ne s'est pas encore montrée ou a disparu depuis un certain temps, on pourrait ne voir qu'une indisposition légère là où un médecin, au courant de la science, annoncerait une maladie grave et très probablement mortelle.

Ce sont là les graves motifs qui ont engagé MM. Bostock, Christison, Gregory, Rayer, Martin-Solon, etc., à s'éclairer de toutes les lumières de la chimie et de la physique pour étudier ces phénomènes si intéressants qui se passent dans l'organisme. M. Christison surtout a fourni à la science des documents extrêmement précieux sur ce point de pathologie.

En même temps qu'on observe les symptômes qui viennent d'être décrits, on en trouve, du côté des *voies digestives*, surtout lorsque la maladie dure depuis assez longtemps, quelques uns qui méritent d'être notés. Les *vomissements* et le *dévoiement* sont rares, puisque M. Martin-Solon n'a noté l'un et l'autre de ces symptômes que chez un seul des sujets qu'il a observés. MM. Gregory, Christison, Rayer et Becquerel en ont constaté plus fréquemment l'existence. Toujours est-il que les vomissements, en particulier, se montrent moins souvent encore que dans la maladie de Bright à l'état aigu. Les recherches de M. Becquerel nous apprennent que dans quelques cas l'existence de certaines complications, et surtout de complications d'où résultent des lésions organiques de l'intestin, expliquent l'apparition et la persistance de la diarrhée; que dans d'autres, on peut attribuer ce symptôme à l'abus des purgatifs, ce qui néanmoins me paraît loin d'être démontré; mais que, dans un assez bon nombre, on ne trouve pas une semblable explication, et que le dévoiement, alors même qu'il est continu, ne peut être rapporté qu'à la maladie de Bright elle-même.

Il résulte également, des observations de ce dernier auteur, que les altérations de l'*appétit* et l'augmentation de la *soif* ne peuvent guère être rapportées qu'à des complications, dans les cas où la maladie suit une marche chronique. Disons, au reste, que l'état des fonctions digestives demande à être étudié avec plus de soin qu'il ne l'a été, et qu'on ne doit pas oublier, en faisant des recherches sur ce point, de tenir compte de l'état aigu ou chronique du mal.

Dans cette forme chronique, on n'observe *pas de mouvement fébrile*, à moins qu'il ne survienne une complication; cependant on a vu quelquefois le *pouls* s'accélérer vers la fin de la maladie, mais sans qu'il y eût de chaleur à la peau ni les autres symptômes de la fièvre. Ordinairement le pouls a sa fréquence normale, quelquefois il est au-dessous du type naturel. Un fait noté par M. Martin-Solon, et qui était remarquable dans un des cas qu'il a rapportés, c'est la dureté des pulsations, sans que pour cela leur fréquence fût augmentée. Il a attribué ce phénomène à une espèce de *pléthore séreuse*, et l'on sait que M. Beau, dans d'autres maladies où la sérosité du sang est dans une proportion insolite, a constaté ce même fait.

Il est bien remarquable qu'à une époque où les recherches sur les bruits anormaux des artères se poursuivent avec tant d'activité, on n'ait pas cherché à constater leur existence dans la maladie dont il s'agit ici, et dans laquelle, ainsi que nous l'avons vu, le sang est devenu plus séreux. C'est une lacune qu'il faut signaler.

M. Rayer a encore noté la *diminution* ou la *cessation* presque complète *de la transpiration cutanée* et une *dyspnée habituelle* dont on trouve plusieurs causes en étudiant attentivement l'état des organes. Ce sont les épanchements séreux, l'œdème du poumon, le développement d'une bronchite, ou l'existence concomitante d'une maladie organique du cœur.

Du côté du *système nerveux*, les symptômes sont ordinairement nuls; il est rare d'en observer d'intenses. Un peu de céphalalgie et de somnolence vers les

derniers temps de la maladie, voilà les principaux. M. Christison a observé le coma dans des cas qui se sont terminés par la mort.

M. Landouzy (1) a dans ces derniers temps signalé un nouveau symptôme de la maladie de Bright : c'est l'*amaurose*. M. Forget a cité des cas où ce symptôme s'est montré; mais on trouve dans un article du *Bulletin général de thérapeutique* (2) des faits observés par MM. Martin-Solon, Cruveilhier, Michel Lévy (3), Honoré, qui prouvent que l'*amaurose* n'est pas un symptôme ordinaire de cette affection, la maladie de Bright, et que les cas observés par MM. Forget et Landouzy sont exceptionnels. M. Forget (4) est, du reste, beaucoup moins affirmatif que M. Landouzy. Quant à moi, j'ai observé, il y a quelques mois, un cas dans lequel il n'y avait aucune trace d'amaurose.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison.

La marche de la maladie, lorsqu'elle se présente sous la *forme aiguë*, peut être très rapide. M. Rayer a vu la guérison survenir dans le cours du deuxième, troisième ou quatrième septénaire. Nous avons dit plus haut que les altérations de l'urine, l'infiltration séreuse et même les symptômes généraux pouvaient subir des modifications très considérables dans le cours de l'affection ; c'est là une espèce de rémittence très irrégulière qu'il faut connaître.

La marche de la maladie de Bright *à forme chronique* est plus importante à étudier ; elle est ordinairement très lente. Dans les premiers temps, on n'est presque jamais appelé à l'observer. Les sujets eux-mêmes ignorent leur état de maladie, ou, s'ils éprouvent quelque malaise, ils ne le regardent pas comme suffisant pour fixer l'attention. Cela tient à ce que les symptômes sont d'abord limités aux voies urinaires, et qu'il faut un examen particulier pour reconnaître les altérations de l'urine. L'infiltration est, pour les malades, le premier indice alarmant, et plusieurs même ne s'aperçoivent réellement de leur état que lorsque cette infiltration a déjà fait d'assez grands progrès.

Les symptômes apparents, c'est-à-dire l'œdème, les épanchements séreux, peuvent disparaître et l'état général s'améliorer au point que le malade se croit guéri ; mais au bout d'un temps plus ou moins long, on voit les mêmes accidents se reproduire, et ces alternatives peuvent se montrer plusieurs fois. Il faut connaître cette marche de la maladie pour ne pas s'en laisser imposer par des guérisons apparentes, qui sont suivies de *rechutes* dont les symptômes sont ordinairement plus graves. L'examen de l'urine, en faisant reconnaître la présence de l'albumine, apprend au médecin que la maladie persiste, car les symptômes du côté des voies urinaires ne disparaissent pas comme les diverses hydropisies, ou du moins existe-t-il encore, dans les cas dont il s'agit ici, des nuances par lesquelles l'urine diffère de l'état normal. Ces rechutes ne sont, comme on le voit, qu'apparentes ; car, pour le médecin attentif, la maladie n'a pas cessé d'exister. Nous dirons plus loin un mot des récidives.

La *durée* de la maladie de Bright à *forme aiguë* varie, d'après les faits recueillis par M. Becquerel, entre trois semaines et deux mois. Celle de la *forme*

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1849, t. XV, p. 74.
(2) 30 octobre 1849, t. XXXVII, p. 362.
(3) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XV, p. 96.
(4) *Union méd.*, 1er novembre 1849.

chronique aurait pour limites, suivant le même auteur, deux mois et demi et cinq ans; mais M. Becquerel n'a pas recherché séparément la durée dans les cas simples et dans les cas compliqués; or on comprend tout d'abord qu'il est impossible d'admettre sans un point de doute cette durée de deux mois et demi; car s'il y a eu complication de tubercules ou de maladie du cœur, il faudrait d'abord démontrer que ce n'est pas à ces dernières maladies qu'on doit attribuer la mort. Et d'ailleurs la durée de la maladie, dans les cas de guérison, ne devrait-elle pas être distinguée de celle qu'on observe dans les cas de mort? M. Rayer se contente de dire que la durée de la néphrite albumineuse chronique peut varier de plusieurs mois à plusieurs années. N'oublions pas enfin que pour bien établir la durée d'une maladie, il faut pouvoir fixer le début d'une manière précise, ce qu'il est très souvent impossible de faire dans la maladie de Bright à forme chronique.

La *terminaison* de la *forme aiguë* est ordinairement heureuse: « Les malades qui succombent dans ce cas ne sont emportés, dit M. Martin-Solon, que par une maladie étrangère. » M. Rayer s'exprime ainsi à ce sujet: « Dans un certain nombre de cas, la néphrite albumineuse aiguë, et l'hydropisie générale qui en est un des principaux phénomènes, se terminent par la mort. Le plus ordinairement cette terminaison fatale est annoncée par le développement rapide de symptômes cérébraux, ou par une dyspnée symptomatique d'une pleurésie, d'une pleuro-pneumonie suraiguë ou d'une péricardite. » Il résulte de cette proposition, que les complications jouent un très grand rôle dans la terminaison funeste; mais on ne sait s'il faut les regarder, avec M. Martin-Solon, comme la cause unique de cette terminaison, car les symptômes cérébraux pourraient bien appartenir à une maladie de Bright simple. Parfois l'état aigu est suivi de l'état chronique, mais les faits de ce genre sont rares. M. Rayer n'en cite qu'un exemple (obs. XVII), du moins si l'on n'a égard qu'à la maladie de Bright sans complication. Nous avons déjà vu ce qui se passe en pareil cas.

La terminaison n'est pas toujours fatale dans la *forme chronique*, mais les cas de guérison sont bien rares. Dans les observations de néphrite albumineuse chronique non compliquée, rapportées par M. Rayer, on ne trouve que trois guérisons sur huit cas; or les cas de ce genre sont de beaucoup les plus favorables, et si l'on examine les autres, on voit que la mort y est presque constante.

Il est arrivé maintes fois qu'après avoir observé une guérison complète, l'altération de l'urine et l'hydropisie ayant disparu, on a vu se reproduire la maladie avec une intensité nouvelle; ce sont là de véritables *récidives*. Les sujets atteints une fois de cette affection, à moins que ce ne soit après la scarlatine, paraissent prédisposés à la contracter encore: aussi les voit-on *retomber*, pour me servir d'une expression usitée, dès qu'ils se soumettent de nouveau à l'action des causes qui ont déterminé la première atteinte de leur mal.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques ont été étudiées avec un soin tout particulier, et c'est d'après elles que les auteurs ont établi leurs diverses formes ou degrés de la maladie. M. Bright a parfaitement décrit les lésions caractéristiques de l'affection parvenue à une époque assez avancée; mais, ainsi que l'a fait remarquer M. Rayer, il n'a pas connu les deux premiers degrés de l'affection. C'est ce dernier auteur

qui est le plus complet. Je ne saurais donc mieux faire que de donner ici sa description, en la faisant précéder d'une courte analyse de celle des autres auteurs; et comme j'avais déjà exposé de cette manière les détails anatomiques dans le travail que j'ai eu occasion de citer plusieurs fois (1), il me suffira de reproduire ici le passage où se trouvent ces détails.

« Les auteurs ont beaucoup varié dans leurs divisions des diverses formes de cette maladie. Le docteur Bright (2) la divise en trois *formes*.

» Dans la *première*, le rein perd sa fermeté, prend à l'extérieur une couleur jaunâtre qui pénètre avec une légère teinte grise dans la substance corticale. La substance tubuleuse a une couleur plus vive qu'à l'état normal; le volume du rein n'a point changé, et l'on n'y découvre aucun dépôt morbide.

» Dans la *deuxième forme* admise par M. Bright, la substance corticale est transformée en un tissu granulé, et il paraît s'être formé dans les intestins un dépôt abondant d'une substance blanche opaque; le rein a augmenté de volume, les granulations sont rendues plus apparentes par la macération.

» Enfin, dans la *troisième forme*, le rein est tout à fait rude et raboteux au toucher; on voit souvent s'y dessiner de nombreuses élévations jaunes, rouges, pourpres, et n'excédant guère la grosseur d'une petite tête d'épingle. La forme du rein a souvent de la tendance à devenir lobulée; cet organe est dur au toucher, il a une consistance demi-cartilagineuse; les *tubuli* sont tirés vers la surface du rein. Bref, toutes les parties de l'organe semblent avoir subi une transformation, et le dépôt interstitiel paraît moins abondant que dans la dernière variété.

» Le docteur Christison n'admet que *trois degrés* dans l'affection.

» Le premier, ou *degré commençant*, est caractérisé, dit cet auteur, par les mêmes caractères anatomiques que ceux du degré qui va suivre, mais moins profonds. On y trouve particulièrement le dépôt dans la substance corticale d'une matière jaune grisâtre, obscurément granuleuse, avec ou peut-être sans un certain degré de congestion sanguine.

» Le *degré moyen* est caractérisé par la déposition d'une matière granuleuse et semblable à du fromage. Ce caractère anatomique, le seul important et bien établi de l'altération morbide, paraît d'abord être exclusivement borné à la substance corticale du rein; il y a toutefois, dit M. Christison, des exceptions, mais elles sont en petit nombre.

» Enfin, dans le troisième degré, ou *degré avancé*, le dépôt morbide envahit graduellement la portion tubuleuse des reins.

» On voit donc que, pour M. Christison, il n'y a qu'un seul et même caractère pour tous les degrés de la maladie; la plus ou moins grande profondeur de l'altération fait toute la différence.

» M. Martin-Solon a admis *cinq degrés ou variétés;* mais ces différents degrés ne sont autre chose que les diverses formes admises par M. Rayer, dont deux seulement, la quatrième et la cinquième, sont réunies; nous allons immédiatement donner la division présentée par ce dernier auteur.

» M. Rayer distingue d'abord la néphrite albumineuse en aiguë et en chronique: deux formes principales qui correspondent plus particulièrement, ainsi que nous

(1) *Arch. gén. de médecine*, 3e série, 1842, t. XV, p. 69, 209.
(2) *Cases and observations*, etc.

l'avons dit, à certaines lésions qui vont être indiquées ; puis il donne la description suivante :

» *Première forme.* — Le volume des reins est augmenté, leur consistance est assez ferme, sans dureté ; leur surface, d'un rouge morbide, paraît piquetée d'un grand nombre de petits points rouges plus foncés que la teinte habituelle de ces organes ; la substance corticale est gonflée, et présente un grand nombre de petits points rouges semblables à ceux qu'on observe extérieurement, et qui correspondent la plupart aux glandules de Malpighi fortement injectées de sang ; la substance tubuleuse est comprimée par la substance corticale ; elle est d'un rouge plus mat, et les stries sont moins apparentes que dans l'état sain. La membrane muqueuse des calices et des bassinets est injectée, et offre des arborisations vasculaires.

» *Deuxième forme.* — Gonflement et poids des reins augmentés, consistance un peu moins ferme, lobules souvent plus prononcés qu'à l'état normal. Mais ce qui caractérise spécialement cette forme, c'est un mélange d'anémie et d'hypérémie fort remarquable, un aspect marbré de la surface des reins produit par des taches rouges disséminées sur un fond d'un blanc jaunâtre. La surface corticale est gonflée ; sa couleur pâle jaunâtre, tachetée de rouge, se détache fortement de la substance tubuleuse, dont la teinte est d'un rouge brun assez vif.

» Ces deux formes appartiennent plus particulièrement à la néphrite albumineuse aiguë.

» *Troisième forme.* — Volume et poids des reins *ut suprà ;* taches rouges et marbrées disparues. La substance corticale, à la surface des reins et à la coupe, offre une teinte pâle assez uniforme, d'un blanc rosé, légèrement jaunâtre, ou bien une teinte plus pâle encore, et analogue à celle de la chair d'anguille. Sur quelques points, on remarque des vaisseaux injectés de sang, plus rarement de petites taches ardoisées ou brunes, des granulations blanches ou des dépressions. Souvent endurcissement rouge des mamelons, et léger épaississement de la muqueuse des bassinets et des calices.

» *Quatrième forme.* — C'est celle qui avait commencé à frapper les auteurs avant les recherches de M. Rayer ; c'est d'après elle aussi qu'on a donné à l'affection le nom de *maladie granuleuse des reins.* Ici encore le volume et le poids des organes affectés sont augmentés ; la surface externe du rein, ordinairement d'un jaune pâle, est parsemée de petits taches d'un blanc laiteux, légèrement jaunâtre, en général plus nombreuses et plus apparentes aux extrémités des reins, et voilées par une lame extrêmement mince, à travers laquelle elles apparaissent comme sous un vernis. Surface des reins parfaitement lisse ; granulations dans la substance corticale, qui est gonflée et s'étend entre les cônes ; ces petits points, d'un blanc laiteux, se prolongent sous forme de linéaments irréguliers, et comme floconneux, qui semblent se continuer avec les stries divergentes de cônes tubuleux.

» *Cinquième forme.* — Reins toujours plus volumineux et plus pesants. Il semble qu'un grand nombre de petits grains de semoule sont déposés au-dessous de leur membrane celluleuse propre. C'est cette forme que M. Martin-Solon a réunie à la précédente pour n'en faire qu'une seule.

» *Sixième forme.* — Reins quelquefois plus volumineux et souvent plus petits que dans l'état sain ; durs et présentant des inégalités à leur surface, qui offre peu

ou point de taches laiteuses ; mais, à la coupe, on en découvre presque toujours un certain nombre dans la substance corticale. Quelquefois néanmoins ces granulations ne peuvent se rencontrer au milieu des reins indurés, rugueux et mamelonnés.

» De ces quatre dernières formes, la néphrite albumineuse aiguë n'affecte guère que les deux premières, et encore dans des cas rares ; elles appartiennent, au contraire, toutes les quatre à l'état chronique ; mais ce sont les deux dernières qu'elle affecte exclusivement.

» Quelle est de ces divisions que nous venons d'indiquer celle qu'il faut admettre ? Évidemment celle de M. Rayer est la plus complète ; elle montre davantage toutes les altérations par lesquelles passent les reins pour arriver à cette déformation qu'il a décrite sous le titre de *sixième forme*, et qui est quelquefois portée à un degré extrême. Aussi est-ce celle qui nous paraît devoir être adoptée, en ayant toutefois bien soin de remarquer, ainsi que l'a fait l'auteur lui-même, qu'elle ne s'applique d'une manière bien précise qu'à l'anatomie pathologique. Il ne faudrait pas, en effet, chercher pendant la vie à diagnostiquer positivement l'existence de telle ou telle forme à l'exclusion de toutes les autres ; on pourrait souvent tomber dans une erreur complète. Ce qu'il y a de plus positif, c'est, ainsi qu'on le verra plus loin, et ainsi que nous l'avons déjà dit, la relation des deux premières formes avec les symptômes de l'état aigu, et celle des deux dernières avec les signes de l'état chronique. »

Il est, en outre, quelques autres détails qu'on trouve dans divers auteurs, et qu'il importe de signaler ici. C'est ainsi que MM. Bright et Gregory nous ont appris que les injections ont de la difficulté à pénétrer dans la substance corticale du rein, et que MM. Christison et Becquerel ont rapproché la lésion qui caractérise cette affection d'autres lésions connues. Le premier a cru voir dans la matière des granulations une véritable matière tuberculeuse, et le second rapproche ces mêmes granulations de celles de la *cirrhose du foie*. Mais rien ne prouve que ces rapprochements soient exacts, et, à ce sujet, je dois indiquer une lacune déjà signalée par M. Christison, c'est que l'analyse du dépôt morbide de la maladie de Bright n'a pas encore été faite.

Ce dernier auteur est un de ceux qui ont signalé avec le plus de soin les lésions qu'on observe dans les autres organes. Ce sont d'abord les suffusions séreuses dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans les poumons, et même dans le cerveau, les épanchements dans les cavités séreuses, l'état presque exsangue de tout le corps, qui se remarque surtout dans les centres nerveux, et à l'aide duquel M. Christison explique à la fois la faiblesse des sujets et les symptômes cérébraux observés principalement à la fin de la maladie. Cet auteur a vu fréquemment les vaisseaux sanguins presque entièrement vides. Quant à l'état du sang, j'en ai suffisamment parlé dans la description des symptômes.

Les autres lésions n'appartiennent pas à la maladie qui nous occupe, quoiqu'elles aient pu hâter la mort : ce sont des bronchites, des pleurésies, des tubercules, des lésions propres aux maladies du cœur, des altérations chroniques du foie. De ces lésions, les unes (affections chroniques) ont presque toujours précédé la maladie des reins ; les autres (bronchite, pleurésie, péricardite) sont survenues ordinairement dans les derniers temps de la maladie.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Lorsque l'affection présente tous ses caractères d'une manière tranchée, le diagnostic n'est évidemment pas difficile. Rappelons-nous, en effet, qu'il s'agit d'une affection dans laquelle il y a à la fois altération des caractères chimiques et physiques de l'urine, infiltration du tissu cellulaire, et ordinairement état particulier du sang, et nous verrons que, lorsqu'elle se présente avec cet appareil de symptômes, il est à peine quelques cas où l'on puisse la méconnaître ou la confondre avec une autre. Mais, d'une part, ainsi que nous l'avons vu, l'infiltration peut tarder à se montrer, elle peut disparaître, et, de l'autre, l'état du sang est difficile à constater; le plus souvent on n'a ni le temps ni les moyens nécessaires pour y parvenir; il est donc des cas où des difficultés assez grandes se font sentir, et exigent un examen attentif. Pour présenter ce diagnostic d'une manière méthodique, il faut se rappeler la division en *forme aiguë* et *forme chronique* que nous avons suivie plus haut.

Forme aiguë. On a cité quelques cas d'*anasarque* développée rapidement et avec des symptômes d'excitation (anasarque active) dans lesquels l'urine contenait une certaine quantité d'albumine. Les cas de ce genre sont rares; lorsqu'ils se présentent, ils peuvent très facilement donner lieu à une erreur de diagnostic. M. Becquerel en a vu des exemples chez des enfants, à la suite de la scarlatine, et la mort des sujets a permis de constater que les reins étaient seulement œdémateux. Voici, en pareil cas, sur quelles données on peut établir le diagnostic. Il résulte de quelques observations que, lorsque les reins ne présentent pas les lésions caractéristiques de la maladie de Bright, l'albumine ne se montre dans les urines qu'à la suite de l'hydropisie; or il est parfaitement constaté que, dans la maladie de Bright, on trouve ordinairement l'albumine dans le liquide urinaire, un certain temps avant l'apparition de l'anasarque.

Il serait à désirer que ce point de diagnostic fût étudié avec plus de rigueur, car la confirmation du fait que je viens de signaler serait de la plus haute importance. Il est permis de croire qu'il en sera ainsi, car, d'après ce que nous connaissons maintenant de la maladie, l'explication de cette différence est extrêmement facile et satisfaisante à la fois. Lorsque la maladie des reins existe, elle suffit pour produire l'expulsion d'une quantité notable d'albumine par les urines; le sang se trouve alors dans les conditions où les hydropisies se produisent le plus facilement (1), et l'anasarque a lieu. Lorsque, au contraire, celle-ci est produite par d'autres causes qui souvent échappent à notre investigation, la partie liquide du sérum est exhalée dans le tissu cellulaire, l'albumine reste en plus grande abondance dans le sang et finit par être excrétée avec l'urine par le rein, cet émonctoire si puissant. Si donc il ne fallait qu'une explication, la voilà toute trouvée; mais rien ne peut suppléer à l'observation, et, je le répète, l'observation n'a pas encore prononcé d'une manière assez explicite pour qu'on puisse faire de cette apparition hâtive ou tardive de l'albumine dans le liquide urinaire, la base d'un diagnostic rigoureux.

Il faut en outre tenir compte, dans l'examen de l'urine, de la quantité plus ou moins grande de cette substance. Tous les auteurs reconnaissent qu'elle est en

(1) ANDRAL, *Essai d'hématologie pathologique*.

quantité plus considérable et qu'elle se montre d'une manière plus continue dans la maladie de Bright que dans les autres affections qui peuvent lui ressembler. Dans la forme aiguë que nous étudions ici, les urines contiennent le plus souvent des globules sanguins, ce qu'on n'observe pas dans l'anasarque active ayant une autre cause. Enfin nous avons signalé la douleur rénale et les émissions fréquentes d'une urine peu abondante, phénomènes qui paraissent appartenir plus particulièrement à la maladie de Bright, mais auxquels il ne faut pas accorder trop d'importance, car ils ne sont pas assez constants et peuvent se présenter à un certain degré dans toutes les affections où il existe un peu de fièvre ou d'excitation générale.

Il est un grand nombre de maladies aiguës dont certains cas présentent une quantité assez abondante d'albumine dans les urines. Désir, dans son intéressant travail (1), les a étudiées avec soin, et M. Martin-Solon leur a consacré un chapitre de son ouvrage. Les affections dans lesquelles il a trouvé le précipité albumineux sont les suivantes : *fièvres intermittentes*, *urticaire intermittente*, *exanthèmes fébriles*, *fièvre typhoïde*, *bronchite*, *pleuro-pneumonie*, *maladies aiguës diverses*.

Un premier fait à signaler, c'est que ces affections ne donnent pas lieu à l'hydropisie. Mais nous avons vu dans la description des symptômes que, pendant un certain temps, l'hydropisie n'existe pas dans la maladie de Bright, alors que l'albumine est chaque jour constatée dans le liquide urinaire. Comment alors établir le diagnostic ? Il faut encore étudier attentivement la continuité et l'abondance de l'excrétion de l'albumine, qui sont bien plus notables dans la maladie de Bright, et en second lieu on a, pour confirmer le diagnostic, d'un côté les symptômes locaux de cette maladie, et de l'autre les symptômes si caractéristiques des autres affections, symptômes qu'il serait inutile d'indiquer ici.

Forme chronique. C'est principalement aux hydropisies développées dans le cours des maladies chroniques, et dans lesquelles l'urine peut être albumineuse, que se rapportent les considérations présentées par M. Martin-Solon sur ce point du diagnostic différentiel. Cet auteur, après avoir cité des faits de ce genre qu'il a recueillis, et en avoir mentionné d'autres publiés par M. Forget, s'exprime ainsi : « Les cas rares dont nous venons de parler peuvent se distinguer de ceux de la maladie de Bright par les symptômes suivants : l'urine est habituellement de couleur normale ; elle a conservé en partie son odeur, n'a perdu que peu ou point de ses principes constituants. La quantité d'albumine qu'elle contient est peu considérable ; il existe une cause (une maladie du cœur ou du foie, par exemple) qui rend raison de l'hydropisie. Enfin l'œdème n'a pas toujours commencé par les jambes, et l'ascite, s'il en existe une, a précédé l'anasarque. Lorsque, au contraire, l'urine a perdu sa densité et sa couleur normales, quand elle précipite abondamment par l'acide nitrique ou se trouble à l'approche de la chaleur, il n'y a plus de doute possible, l'hydropisie dépend d'une lésion rénale. »

Ce diagnostic peut être regardé comme exact, sauf en ce qui regarde la marche de l'hydropisie, qui ne s'applique qu'aux *maladies du foie*, et en particulier à la *cirrhose*. Dans les *maladies du cœur*, en effet, nous savons que l'œdème commence habituellement par les jambes, et que l'ascite est consécutive.

(1) *De l'albuminurie*, IIe partie, chap. II, *Faits d'urine coagulable et précipitable*.

M. Martin-Solon a encore posé le diagnostic suivant entre la maladie de Bright et la *néphrite, soit aiguë, soit chronique*, dans laquelle l'albumine, ainsi que le prouvent des faits qu'il a cités, peut se trouver dans l'urine, alors qu'on n'y voit pas encore de pus. Voici comment il s'exprime à cet égard : « Dans la néphrite, il n'y a pas d'œdème. La fièvre l'accompagne ordinairement ; il est rare de l'observer dans l'affection rénale de Bright ; la suppuration termine souvent la première, on ne la voit jamais dans la seconde. La maladie de Bright affecte en même temps les deux reins ; la néphrite aiguë envahit souvent l'un des deux seulement. La néphrite aiguë détermine des douleurs sympathiques qui occasionnent des vomissements, la rétraction des testicules, des douleurs dans ces parties ou dans les grandes lèvres ; nous n'en avons jamais vu sous l'influence de la maladie de Bright. » Il n'y a encore qu'un doute à élever sur ce diagnostic, c'est à propos du siége de la néphrite aiguë dans un seul des reins. On peut voir ce que j'ai dit à ce sujet en parlant de cette maladie (1).

Tels sont les principaux points du diagnostic différentiel. Il ne me reste qu'à dire quelques mots des maladies dans lesquelles d'autres produits que l'albumine se trouvant dans le liquide urinaire pourraient être pris pour cette matière.

Dans l'*hématurie*, l'urine contient du sang, et par conséquent de l'albumine : « Mais, dit encore M. Martin-Solon, dans l'hématurie, l'albumine n'existe que passagèrement dans l'urine ; on ne l'y retrouve plus dès que celle-ci cesse d'être colorée par le sang. Dans l'hydropisie avec albuminurie, la coloration rouge est passagère, la présence de l'albumine persiste lorsque l'urine a recouvré sa coloration normale. » Il faut ajouter que, dans l'hématurie, on trouve des caillots fibrineux au fond du vase, ce qu'on n'observe pas dans la maladie de Bright.

« Dans l'*urine mélangée de pus*, l'acide nitrique et la chaleur, dit M. Rayer, décèlent bien la présence de l'albumine ; mais la présence des globules purulents et parfois celle d'une proportion considérable d'urates et de phosphates séparent nettement ces urines les unes des autres. »

Enfin on distingue les *urines chyleuses* des urines albumineuses, en observant que, dans les premières, l'albumine est mélangée à une quantité considérable de matière grasse, dont il est très facile de constater la présence, puisqu'il suffit de laisser reposer le liquide pour voir se former, au bout de quelques heures, « une couche d'aspect crémeux à sa surface, une teinte opaline ou laiteuse dans toute sa hauteur, et un dépôt sanguinolent ou fibrineux, ou d'apparence gélatineuse (Rayer). »

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la maladie de Bright à forme aiguë et de l'anasarque aiguë due à d'autres causes.*

MALADIE DE BRIGHT A FORME AIGUE.	ANASARQUE AIGUE.
Symptômes du côté des reins : pesanteur, émissions fréquentes de l'urine, etc. (Signe douteux.)	*Pas de symptômes rénaux.*
Albumine dans les urines *précédant* pen-	*Pas d'albumine* dans les urines ; ou bien

(1) Voy. *Néphrite aiguë*.

dant un temps plus ou moins long l'*apparition de l'hydropisie*.	*apparition* de cette substance *après la production de l'anasarque*.

Je renvoie le lecteur aux détails qui précèdent, pour se rappeler les points encore incertains de ce diagnostic.

2° *Signes distinctifs de la maladie de Bright à forme aiguë et d'autres affections fébriles avec urines albumineuses.*

MALADIE DE BRIGHT A FORME AIGUE.	AUTRES AFFECTIONS FÉBRILES.
L'albumine se trouve *constamment* dans les urines *pendant tout le cours de la maladie*; l'abondance seule varie.	L'albumine ne se trouve que *d'une manière passagère*.
Elle est généralement *beaucoup plus abondante*.	Généralement *peu abondante*.
Hydropisies.	*Pas d'hydropisies*.
Autres symptômes généralement légers de la maladie de Bright.	Symptômes presque toujours intenses et *caractéristiques de ces affections* (fièvre typhoïde, pneumonie, rhumatisme, etc.)

3° *Signes distinctifs de la maladie de Bright à l'état chronique et des autres affections chroniques qui donnent lieu aux hydropisies.*

MALADIE DE BRIGHT A FORME CHRONIQUE.	AUTRES AFFECTIONS CHRONIQUES QUI PRODUISENT L'HYDROPISIE.
Urine *pâle*, *louche*, ayant une *odeur fade*.	Urine de *couleur normale*, conservant l'*odeur urineuse*.
Sa densité est *diminuée*; elle a *perdu* en plus ou moins grande partie *ses sels et l'urée*.	Densité *normale*; *sels et urée à l'état normal*.
Albumine en *quantité considérable*, existant d'*une manière continue*.	Albumine en *petite quantité*; ne se montrant ordinairement que d'*une manière passagère*.
L'œdème *commence* presque toujours *par les membres inférieurs*; l'ascite *survient après*.	Dans les *maladies du foie*, l'*ascite précède l'œdème*.
Autres symptômes légers de la maladie de Bright.	*Symptômes caractéristiques* de maladies du cœur, du foie, etc.

4° *Signes distinctifs de la maladie de Bright à forme aiguë ou chronique et de la néphrite simple avec urines albumineuses.*

MALADIE DE BRIGHT A FORME AIGUE OU CHRONIQUE.	NÉPHRITE SIMPLE AIGUE OU CHRONIQUE, AVEC URINES ALBUMINEUSES.
Pas de fièvre (forme chronique) ou *mouvement fébrile léger* (forme aiguë).	Fièvre toujours *assez marquée*.
Hydropisie.	*Pas d'hydropisie*.
Jamais de suppuration.	Se termine souvent par *suppuration*.
Douleur des reins *nulle ou sourde*.	Douleur des reins *plus ou moins vive*.
Pas de rétraction douloureuse des testicules, *ni de douleurs* dans les grandes lèvres, etc.	*Rétraction douloureuse* des testicules, *douleur* dans les grandes lèvres, etc.

5° *Signes distinctifs des urines albumineuses de la maladie de Bright à forme aiguë et des urines rendues albumineuses par la présence du sang dans l'hématurie.*

URINES ALBUMINEUSES DE LA MALADIE DE BRIGHT A FORME AIGUE.	URINES RENDUES ALBUMINEUSES PAR LA PRÉSENCE DU SANG DANS L'HÉMATURIE.
Urine *constamment* albumineuse.	Urine *passagèrement* albumineuse.

La couleur de l'urine devenant normale, l'albumine peut être en quantité moins grande, mais *ne disparaît pas*.	Dès que la couleur de l'urine revient à son état normal, l'*albumine disparaît*.
Pas de caillots fibrineux au fond du vase.	Ordinairement *caillots fibrineux* au fond du vase.

6° *Signes distinctifs de l'urine albumineuse de la maladie de Bright et de l'urine rendue albumineuse par la présence du pus.*

URINE ALBUMINEUSE DE LA MALADIE DE BRIGHT.	URINE RENDUE ALBUMINEUSE PAR LA PRÉSENCE DU PUS.
Pas de globules purulents.	*Globules purulents*, distingués au microscope.
Urates et phosphates *en quantité moindre* qu'à l'état normal.	Sels souvent *plus abondants* qu'à l'état normal.
Autres symptômes de la maladie de Bright.	Symptômes des inflammations des voies urinaires.

7° *Signes distinctifs de l'urine albumineuse de la maladie de Bright et de l'urine chyleuse.*

URINE ALBUMINEUSE DE LA MALADIE DE BRIGHT.	URINE CHYLEUSE.
Pas de cremor à la surface.	*Cremor* à la surface, après quelques heures de repos.

Il est sans doute plusieurs autres caractères différentiels des diverses urines dont il vient d'être question ; mais j'ai dû me borner à indiquer ceux que le médecin a le plus intérêt à connaître.

Pronostic. Il résulte de ce que j'ai dit, à propos de la terminaison de la maladie, que la gravité du pronostic est bien différente suivant qu'il s'agit de la forme aiguë ou de la forme chronique.

Dans la *forme aiguë*, on a lieu d'espérer la guérison lorsqu'il n'y a pas de complication dangereuse. En général, suivant M. Rayer, la gravité de l'affection est en raison directe de l'abondance de l'albumine dans l'urine ; mais cette règle souffre d'assez nombreuses exceptions, ainsi qu'il le reconnaît lui-même. Cet auteur a remarqué encore que l'affection a moins de gravité lorsqu'elle survient à la suite de la scarlatine ou dans les derniers mois de la grossesse que dans toute autre condition. Cependant on ne doit pas, même dans ces cas, la regarder comme de peu d'importance ; car, s'il est vrai de dire que la guérison est probable, on a vu des malades succomber, chez lesquels les progrès seuls de l'affection ont amené la mort.

Si, l'hydropisie disparaissant, on voit persister l'albumine dans les urines, le pronostic est en général fâcheux, car la maladie tend à passer à l'état chronique, ou bien on a à redouter une nouvelle attaque au bout d'un temps plus ou moins long. La disparition simultanée de l'hydropisie et de l'albumine dans l'urine annonce la guérison ; mais les récidives sont à craindre, si le malade ne change pas son genre de vie, dans les cas où l'on peut attribuer l'affection à une cause antihygiénique. On a vu quelques sujets succomber, alors même que l'albumine disparaissait de l'urine et que l'hydropisie se dissipait, mais ces cas sont exceptionnels.

Nous avons vu qu'il est très rare d'obtenir la guérison de la *forme chronique*.

Lorsque surtout elle est arrivée à un certain degré, la mort est presque infaillible. On a néanmoins cité des cas de guérison, et d'autres où la position des malades a été améliorée, et où leurs jours ont été prolongés. Recherchons donc quelles sont les conditions favorables ou défavorables sur lesquelles doit se fonder le pronostic.

Suivant M. Rayer, le pronostic est généralement d'autant plus grave que l'albumine est plus abondante dans l'urine. Il y a sans doute des exceptions à cette règle, mais il n'est pas exact de dire avec M. Christison que les chances de mort ne sont nullement en rapport avec la quantité de l'albumine rendue par les urines.

La diminution très notable de la quantité et de la densité des urines est un signe fâcheux, tandis que le contraire est d'un bon augure.

Enfin il est presque inutile de dire que les complications si funestes qu'on observe dans tant de cas ajoutent beaucoup à la gravité de la maladie, et rendent le plus souvent l'affection inévitablement mortelle.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de la maladie de Bright est, sans contredit, la partie la moins avancée de son histoire, ce qui tient en partie sans doute au peu de temps qui s'est écoulé depuis que l'on connaît bien cette affection, mais en partie aussi à la manière peu rigoureuse dont on a traité les questions thérapeutiques qui s'y rattachent. Tout ce que je peux faire, c'est de présenter aussi exactement que possible l'état de la science sur ce point.

1° *Traitement de la forme aiguë. Émissions sanguines.* Les émissions sanguines sont conseillées par les auteurs dans les cas où il y a un certain mouvement fébrile, c'est-à-dire *dans la forme aiguë* de la maladie. M. Christison recommande expressément de les employer, et M. Rayer dit que, « en général, dans cette période de la maladie, en pratiquant la saignée, il faut plutôt s'exposer à aller au delà que de rester en deçà des limites qu'il semble nécessaire d'atteindre. » C'est ordinairement à la *saignée générale* qu'on a principalement recours. La richesse du sang, l'épaisseur de la couenne, la fermeté du caillot sont les indices qui servent à déterminer l'opportunité d'insister sur les saignées, dont on doit être très sobre dans les conditions contraires. Des *ventouses scarifiées*, en plus ou moins grand nombre sur les lombes, ou des *sangsues*, peuvent être appliquées concurremment avec la saignée, ou bien exclusivement chez les sujets affaiblis et chez les jeunes enfants.

Après la saignée, on met en usage, dans cette forme aiguë, des moyens fort simples. Ce sont d'abord des *boissons adoucissantes*, auxquelles on ajoute une certaine quantité de *nitre* pour les rendre diurétiques, la suivante, par exemple :

℞ Infusion de mauve..... 1000 gram.	Nitrate de potasse....... 1,50 gram.

On ne doit pas empêcher les malades de boire, comme on l'a fait à une certaine époque, dans les hydropisies. Cette recommandation peut encore être utile, sinon pour les médecins, du moins pour les personnes qui entourent les malades, et qu'il ne faut pas manquer de prévenir.

Les diurétiques très actifs, et à haute dose, n'ont pas été recommandés dans

cette forme aiguë de la maladie, comme dans la forme chronique, à propos de laquelle nous aurons à en parler avec quelques détails.

Les *purgatifs* peu énergiques sont recommandés par tous les auteurs. On peut prescrire le suivant :

℞ Eau de chicorée..........	100 gram.	Sirop de nerprun..........	30 gram.
Sulfate de magnésie.......	15 gram.		

A prendre en deux fois.

L'*huile de ricin*, à la dose de 30 à 40 grammes, est également donnée en pareil cas.

« Des purgatifs plus énergiques, dit M. Rayer, tels que la *racine de jalap* et la *gomme-gutte*, doivent être administrés de préférence dans les cas où l'hydropisie est très considérable, et lorsqu'elle n'a été que peu modifiée par la saignée. Ces purgatifs doivent même être administrés en même temps que les émissions sanguines, dans les cas où la maladie s'annonce avec beaucoup de gravité, et lorsqu'il y a imminence de symptômes cérébraux. » Ces médicaments peuvent être prescrits de la manière suivante :

℞ Jalap.................	1,50 gram.	Décoction de chicorée....	130 gram.

Mêlez. A prendre en trois fois, à une demi-heure d'intervalle. S'arrêter, si les deux premières agissent suffisamment.

Pour les enfants, on donnera le jalap à la *dose de* 0,50 *à* 75 *grammes* dans 15 grammes de sirop de guimauve, et également en trois fois, en observant les mêmes précautions.

Pour la *gomme-gutte*, il suffit d'administrer les *pilules de Bontius*, dont j'ai donné la formule à propos de l'*ascite* (1), et qui contiennent cette substance.

Un *bain simple*, le soir, est également recommandé par la plupart des auteurs. M. Rayer insiste pour que le bain soit pris auprès du lit, afin que le malade ne soit pas exposé aux causes de refroidissement.

Les *bains de vapeur* ou bien les *fumigations avec les baies de genièvre* sont prescrits dans le but d'exciter la transpiration. Ces dernières peuvent être faites en introduisant une suffisante quantité de baies dans une bassinoire garnie de charbons ardents, et en bassinant le lit du malade. Ou mieux encore, en faisant vaporiser les baies dans un fourneau, et en dirigeant la vapeur dans le lit à l'aide d'un tuyau de fer-blanc.

« Lorsque, dit M. Rayer, qui s'est occupé du traitement de la forme aiguë d'une manière plus précise que les autres auteurs, les symptômes gastriques ou intestinaux, et en particulier les vomissements et la diarrhée, sont très notables, les *bains tièdes*, des *sangsues à l'anus* et de *petites doses d'opium* sont des remèdes salutaires. » Il n'est guère permis d'élever des doutes sur l'exactitude de cette assertion, mais on peut ne plus être de l'avis de cet auteur quand il ajoute : « Lorsque les malades se plaignent de dyspnée ou d'oppression, après la saignée, les purgatifs sont préférables. » Pour démontrer la vérité de cette proposition, il eût fallu chercher les preuves dans des observations bien concluantes, et c'est ce qui n'a pas été fait. Si je présente cette réflexion, c'est qu'on a peine à croire, quand

(1) *Voy.* p. 350.

on se rappelle l'effet des narcotiques sur les fonctions respiratoires, que les purgatifs aient plus d'efficacité que l'opium pour calmer la dyspnée. Cependant il faudrait se rendre à l'expérience, si l'expérience avait réellement prononcé.

La persuasion où l'on est que le froid, et surtout le froid humide, est une des causes les plus puissantes de la maladie dont il s'agit ici, a eu pour résultat naturel la recommandation, de la part de tous les auteurs, de soustraire avec le plus grand soin les malades à l'influence de ces agents. Aussi recommande-t-on de tenir l'appartement à une température assez élevée, et en outre de *couvrir le corps de flanelle*.

Lorsque les signes de réaction sont marqués, il faut soumettre les malades à une diète assez sévère, mais on ne doit pas tarder à donner des aliments assez substantiels dès que le léger mouvement fébrile est tombé. M. Rayer a vu plusieurs malades se trouver bien de l'usage du *lait pour toute nourriture* pendant quelques jours.

Tel est le traitement bien simple de la forme aiguë de la maladie de Bright. On peut voir, par l'exposition que je viens d'en donner, que les recherches sur ce point n'ont pas été faites d'une manière tout à fait satisfaisante. Mais comme, ainsi que j'ai eu occasion de le dire plusieurs fois, la maladie se termine ordinairement par la guérison, les médecins n'ont pas pensé qu'il fût nécessaire de connaître avec une plus grande précision l'action des médicaments qui composent ce traitement, et pourtant quelques études faites dans ce sens ne seraient certainement pas sans utilité.

2° *Traitement de la forme chronique.* Il résulte de ce que nous avons dit dans la description de cette forme chronique, que le médecin ne doit pas avoir grand espoir de guérir son malade, même en employant les moyens qui paraissent le mieux appropriés. Mais on a vu aussi que plusieurs faits ont démontré la possibilité d'un adoucissement considérable au mal et de la prolongation des jours du malade, alors même que la maladie avait fait, à n'en pas douter, d'assez grands progrès. C'est principalement pour atteindre ce but qu'on a institué le traitement de la maladie de Bright à forme chronique, et par conséquent ce traitement n'est guère que palliatif.

Émissions sanguines. Les émissions sanguines sont bien loin d'être recommandées, dans cette forme chronique, avec la même confiance que dans l'état aigu. Pour montrer toute l'incertitude dans laquelle on est sur l'opportunité de leur emploi, dans les cas même où elles semblent le mieux indiquées, il me suffira de citer le passage suivant de M. Rayer : « D'après les avantages qu'on retire, dit-il (page 148), des émissions sanguines dans la forme aiguë et au début de la maladie, on devait naturellement être conduit à penser, et l'observation l'a confirmé, qu'elles pourraient être utiles au début de certaines néphrites albumineuses chroniques, ou contre les attaques inflammatoires, partielles et successives, auxquelles les reins, déjà profondément altérés en plusieurs points, sont exposés dans cette maladie. Mais si elles peuvent être employées contre l'hypérémie rénale, qui s'opère lentement ou par attaques successives, *elles sont non seulement inutiles, mais encore nuisibles*, dans une foule de cas où les reins sont décolorés, granulés ou indurés.

» Or, dans l'impossibilité où l'on est souvent de juger, pendant la vie, du degré

et de la forme de l'altération rénale, il faut, toutes les fois qu'il y a un mouvement fébrile, recourir à l'application de *ventouses scarifiées aux lombes*, et même à *la saignée générale*, si l'état des forces du sujet le permet, qu'il existe ou non de la douleur aux régions rénales....

« Le traitement des paroxysmes de l'inflammation rénale est analogue à celui de la forme aiguë de la maladie ; toutefois il doit être, en général, moins actif. La saignée ne doit pas d'ordinaire être portée au delà de huit à dix onces, et souvent il est préférable de recourir à l'application des ventouses sur les reins, à moins qu'il n'existe en même temps quelque inflammation des poumons, de la plèvre, etc. Ces émissions sanguines sont contre-indiquées par la coexistence de maladies anciennes et incurables, telles que la phthisie tuberculeuse, le cancer de l'estomac, les maladies du cœur, avec insuffisance des valvules. »

On peut considérer ce passage comme l'expression de l'état actuel de la science, car les autres auteurs ont avancé des propositions à peu près semblables. Or, je le demande, est-il rien qui puisse laisser le praticien dans une plus grande perplexité ? Nous savons, en effet, que les signes qui s'offrent à nos yeux peuvent être ceux d'une congestion rénale, et, en pareil cas, la saignée sera utile ; mais ils peuvent être trompeurs, et la saignée sera alors, non pas seulement inutile, mais *nuisible*. Faut-il conclure, avec M. Rayer, que, dans le doute, il faut agir ? Je ne le pense pas, et je crois que, en pareil cas, la prudence veut d'autant plus qu'on s'abstienne, que le degré d'utilité de ce moyen, en supposant les circonstances les plus favorables, n'est nullement connu et pourrait bien être très faible. Des paroxysmes bien tranchés pourront seuls engager à recourir aux émissions sanguines, mais encore devra-t-on être très réservé dans leur emploi.

Diurétiques. Il serait inutile de rechercher ici quelles sont les raisons qui ont porté les médecins à recourir aux diurétiques dans cette maladie, et d'exposer les objections théoriques qu'on a adressées à cette médication. Ce qu'il nous importe de savoir, c'est si l'administration de ces médicaments est ou n'est pas réellement utile.

M. Christison (1) préconise particulièrement les diurétiques déjà prescrits par M. Bright, et auxquels cet auteur a plus tard accordé beaucoup moins de confiance. Ceux que préfère M. Christison sont la *digitale* et la *crème de tartre*.

La *digitale* est administrée par lui *à la dose de* 5 *à* 10 *centigrammes* en pilules, trois fois par jour ; ou bien de la manière suivante :

℞ Eau distillée de cannelle ou de casse, une cuillerée à thé.	Teinture de digitale. 10, 15 ou 20 gouttes.

A prendre trois fois par jour.

La *crème de tartre* est prescrite ainsi qu'il suit :

℞ Eau.................. 400 gram.	Crème de tartre.......... 6 ou 8 gram.

A prendre en une fois, trois fois par jour.

Si l'effet diurétique n'avait pas lieu dès les premiers jours, il ne faudrait pas en conclure que ces médicaments resteront sans action, car M. Christison a vu la

(1) *Loc. cit.*, p. 148 et suiv.

diurèse s'établir après un certain temps, et il dit avoir favorisé cette apparition en administrant un vomitif composé de *tartre stibié* et d'*ipécacuanha*.

Les autres diurétiques mis en usage sont la *scille*, le *nitrate*, l'*acétate de potasse*, etc. Il serait inutile d'en faire ici une longue énumération ; il suffit de renvoyer le lecteur à l'article *Ascite*, où ces médicaments ont été étudiés (1). Mais il est deux substances dont je dois dire quelques mots, parce qu'elles ont été recommandées par deux des auteurs qui ont étudié la maladie avec le plus de soin : MM. Bright et Rayer. Ce sont l'*uva ursi* et le *raifort sauvage*.

La *busserole* (raisin d'ours, *uva ursi*) a été donnée par M. Bright. On peut la prescrire de la manière suivante :

℞ Busserole (*uva ursi*)..... 2 à 4 gram. | Eau..................... 500 gram.

Faites bouillir pendant vingt minutes. Édulcorez.
A prendre par tasses dans la journée.

Ou bien :

℞ Poudre de busserole (*uva ursi*)......... 1 à 2 gram.

Divisez en trois paquets. A prendre dans la journée, dans une cuillerée d'eau ou de tisane.

« J'ai vu, dit M. Rayer, l'hydropisie diminuer ou même quelquefois disparaître complétement par l'action diurétique de la tisane de *raifort sauvage*. Plusieurs malades ont refusé de continuer cette boisson, parce qu'ils la trouvaient désagréable et qu'elle leur fatiguait l'estomac. J'en ai vu d'autres qui, malgré la persévérance avec laquelle ils en ont fait usage, n'en ont retiré aucun soulagement. Cependant, de tous les diurétiques, c'est encore celui dont l'usage m'a paru offrir généralement le plus de chance de succès. »

Les diurétiques comptent, comme on le voit, un grand nombre de partisans ; mais le docteur Osborne, que je vais avoir l'occasion de citer plus longuement à propos des diaphorétiques, ne croit pas que ces moyens aient un véritable avantage ; il leur trouve même des inconvénients, en ce qu'ils augmentent la sécrétion de l'albumine par les reins, et tendent à aggraver les lésions de cet organe. Mais M. Christison a répondu en citant un petit nombre de faits dans lesquels les choses ne se sont pas passées de cette manière. Toutefois il n'y a, de part et d'autre, aucune démonstration, et nous attendons encore les recherches qui doivent nous fixer sur l'influence réelle des diurétiques.

Térébenthine ; baumes de Tolu, de copahu ; cantharides. Il faut rapprocher des diurétiques d'autres médicaments qui agissent d'une manière bien connue sur les voies urinaires ; je veux parler de la *térébenthine*, des *baumes de Tolu* et *de copahu*, et surtout des *cantharides*.

Les auteurs s'accordent à dire que la *térébenthine* et les *baumes* que je viens d'indiquer n'ont pas d'effets avantageux. Quant aux *cantharides*, elles ont été d'abord administrées par le docteur Wells, et ensuite essayées par quelques auteurs. M. Wells les a données, sous forme de *teinture*, à une dose très considérable : 30, 50 et 60 gouttes dans les vingt-quatre heures. M. Rayer a administré ce médicament également sous forme de teinture, mais à une bien plus faible dose ; il le prescrit, en effet, de la manière suivante :

(1) Voy. *Ascite*, p. 347.

℞ Émulsion commune ou lait d'amandes............. 30 gram.	Teinture de cantharides..... 1 à 12 gouttes.

Mêlez. A prendre par cuillerées.

Ces deux auteurs ont vu, dans certains cas, l'albumine disparaître de l'urine, et l'hydropisie diminuer ou se dissiper sous l'influence de cette médication, que néanmoins M. Rayer regarde comme fort incertaine. D'un autre côté, M. Blackall a vu quelquefois le coagulum albumineux augmenter dans l'urine des sujets qui faisaient usage de cette substance; et comme tout le monde convient que c'est un remède dangereux, surtout aux doses prescrites par M. Wells, on hésitera sans doute à le mettre en usage, et si on le donne, ce ne sera qu'avec les plus grandes précautions.

Toniques. M. Nonat a obtenu six guérisons sur dix cas, à l'aide du *traitement tonique.* C'est là un des plus beaux résultats qui aient été signalés, et il doit engager le praticien à mettre en usage ce traitement. Je ne puis donc me dispenser d'en rapporter les détails, d'autant plus qu'il ne s'applique pas indifféremment à toutes les époques et à toutes les formes de la maladie, comme on va le voir dans le passage suivant que j'emprunte au compte rendu de la clinique de M. Nonat par M. Aran (1). « Sans doute, lorsque la néphrite est aiguë, lorsqu'on observe tous les caractères d'une congestion active, de la fièvre, de la douleur dans la région lombaire, de la chaleur et de la sécheresse à la peau, etc., il faut débuter par la saignée générale et locale. M. Nonat les pratique quelquefois le même jour; mais une fois cette indication remplie, il s'en abstient et n'y revient jamais. La maladie est-elle, au contraire, chronique dès le début, les sujets sont-ils trop affaiblis ou l'hydropisie trop avancée, la saignée, même locale, ne peut être que dangereuse.

» Mais quand les symptômes réactionnels sont tombés, ou quand ils ne se sont jamais montrés, comme chez le malade qui fait le sujet de la dernière observation, si les organes digestifs sont en bon état, ne convient-il pas de soutenir les forces en administrant *des aliments légers, des bouillons, de l'eau vineuse, même du vin de Bordeaux ou du vin de Bagnols?*

» En même temps que l'indication de soutenir les forces, il s'en présente deux autres : l'une d'obtenir la disparition de la sérosité infiltrée dans le tissu cellulaire ou épanchée dans les cavités séreuses; l'autre de réveiller les fonctions de la peau. Pour remplir la première, les purgatifs, les diurétiques, les ponctions et les mouchetures ont été beaucoup prônés; ils ont trouvé, en revanche, beaucoup de détracteurs. Des premiers on doit être sobre, car on peut éliminer par les voies digestives la sérosité du sang; d'un autre côté, on s'expose à produire la diarrhée, phénomène toujours très difficile à arrêter, et qui a de plus l'inconvénient de s'opposer à l'alimentation. Parmi les diurétiques, ceux seulement qui ne sont pas âcres peuvent être prescrits avec quelque succès: ainsi, les *boissons légèrement nitrées* et le *sirop des cinq racines.* Les ponctions et les mouchetures sont sans doute des moyens palliatifs; et si, dans quelques cas, on les a vues donner lieu à des inflammations des cavités séreuses, ou même à des gangrènes étendues de

(1) *Compte rendu de la clin. de M. Nonat: De la néphrite albumineuse*, etc. (*Union médicale*, septembre 1847, p. 467).

la peau, est-ce une raison pour renoncer à des moyens qui amènent constamment un soulagement immédiat et qui facilitent ainsi l'emploi d'un traitement ultérieur? M. Rayer repousse surtout les ponctions abdominales; mais M. Nonat a remarqué que depuis qu'il emploie la médication tonique les accidents qu'il observait autrefois ne sont pas aussi fréquents. Deux des malades qui ont guéri ont dû certainement leur guérison à ce moyen. Un des malades, qui est couché maintenant à l'hôpital, a été ponctionné deux fois sans accident; c'est seulement dans un cas qu'il y a eu une péritonite mortelle.

» Le rétablissement de la perspiration cutanée a toujours d'autant plus occupé les pathologistes, que c'est le plus souvent au trouble de cette fonction qu'est dû le développement de la maladie. De tous les moyens qui ont été proposés, le seul dont M. Nonat ait retiré avantage, ce sont les *bains de vapeurs*. Encore a-t-il remarqué que c'est une médication très variable dans ses effets, et qui ne doit jamais être mise en usage dans la première période, c'est-à-dire pendant qu'il y a de l'orgasme inflammatoire.

» La médication tonique forme donc la base du traitement que nous avons fait connaître. Mais ce traitement réclame d'assez nombreuses précautions. Il est contre-indiqué par la réaction du système circulatoire et doit être suspendu toutes les fois que cette réaction apparaît. Les aliments doivent être choisis parmi ceux de facile digestion. Puis on passe aux *aliments plus nourrissants*, à la viande rôtie, par exemple. Enfin, on y ajoute des stimulants du système nerveux, des *alcooliques*, *de l'eau vineuse*, *du vin de Bordeaux ou du vin de Bagnols*, à la dose de 30 à 125 grammes. Constamment dans ce traitement il faut suivre l'état du pouls ou l'état des urines. Comme l'accélération du pouls, l'augmentation de l'albumine et la présence du sang doivent faire renoncer aux toniques. Si, au contraire, la quantité d'albumine diminue, c'est une indication précise de continuer la médication tonique et d'en augmenter la dose. »

Diaphorétiques. On a dû nécessairement avoir recours aux diaphorétiques dans une maladie dont l'hydropisie est un des principaux caractères. Le docteur Osborne (1) a surtout insisté sur l'utilité de ces médications, qu'il place bien au-dessus des diurétiques.

On peut mettre en usage, comme dans la forme aiguë, les *bains de vapeurs* ou de *fumigations*, en même temps qu'on donne à l'intérieur des tisanes chaudes et excitantes, comme l'infusion de *bourrache* et de *sureau*, etc. Souvent on se contente de prescrire une simple infusion de thé, à laquelle on ajoute quelques gouttes d'*acétate d'ammoniaque ;* mais il serait inutile d'insister longuement sur une médication qu'il est si facile de diriger. Disons seulement que, parmi les diaphorétiques cités par les auteurs anglais, il en est deux auxquels ils accordent une assez grande confiance : c'est la *poudre de Dower* et la *poudre de James*.

Purgatifs. On emploie plus souvent, dans la forme chronique que dans la forme aiguë, les purgatifs énergiques; mais nous avons vu que, dans certains cas, et surtout dans ceux où la maladie est compliquée de tubercules pulmonaires, on peut déterminer par cette médication un dévoiement qu'il est ensuite difficile d'arrêter. On doit donc n'y avoir recours qu'avec prudence, et s'arrêter dès que l'on voit les selles devenir trop fréquentes.

(1) *On dropsie connect. with sup. persp. and coag. urine ;* London, 1835.

M. Martin-Solon a vu l'hydropisie disparaître complétement dans un cas où il a prescrit les pilules suivantes :

℞ Aloès............	āā 0,05 gram.	Extrait d'ellébore........	0,05 gram.
Gomme-gutte.....		Résine de jalap.........	0,10 gram.

F. s. a. des pilules semblables, dont on donne 2 ou 3 par jour.

Les auteurs anglais conseillent généralement l'usage du *calomel* à la dose de 30, 40 et 50 centigrammes par jour ; mais, dans cette administration, on doit surveiller attentivement l'état de la bouche.

M. Martin-Solon a encore employé d'autres purgatifs, parmi lesquels il faut d'abord citer l'*huile d'épurge* (1). Ce médicament, qu'il a administré depuis la dose de 1 gramme 35 centigrammes jusqu'à celle de 4 et 6 grammes, a eu de très bons effets dans plusieurs cas rapportés par cet observateur ; mais, dans d'autres aussi, en continuant trop longtemps son administration, on a produit une irritation assez vive de la muqueuse intestinale, qui a paru hâter la mort. On voit par là avec quelle prudence ces remèdes doivent être maniés.

On a eu encore recours aux eaux *de Sedlitz*, *de Pullna*, à la *racine de sureau*, et à un bon nombre de purgatifs qui n'ont rien de particulier, et qu'il est par conséquent inutile d'indiquer ici, parce qu'il sera toujours facile d'en trouver qui répondent à l'action que l'on veut produire. En général, et c'est ce qu'il est le plus important de constater, les auteurs s'accordent à dire que, lorsque la maladie est arrivée à un degré avancé, ces purgatifs n'ont pas d'avantages réels, et peuvent avoir de graves inconvénients.

Les *vomitifs* ont été bien plus rarement administrés. Quelquefois, et M. Martin-Solon en a cité deux exemples, on a eu recours aux *éméto-cathartiques*, mais sans en avoir retiré d'avantages évidents.

Cependant M. le docteur Garcia y Alvarez (2) a vu un cas de maladie de Bright, chez un homme de quarante-huit ans, guérir sous l'influence du *tartre stibié* pris à la dose de 0,05 centigrammes, tous les jours pendant huit jours. La guérison aura-t-elle été définitive ?

Acide nitrique. M. le docteur Haussen (3) rapporte que sur dix-huit cas d'albuminurie, il n'a perdu que deux malades en employant le moyen suivant :

℞ Potion gommeuse....	150 à 250 gram.	Acide nitrique.........	4 à 15 gram.

A prendre dans les vingt-quatre heures.

Il serait important de savoir si, dans tous ces cas où les urines étaient albumineuses, il y avait une maladie de Bright.

M. Forget (4) a traité deux sujets de la même manière ; l'un d'eux a guéri, l'autre a succombé.

On se demande encore si les guérisons ont été définitives. On sait, en effet, que, quelque traitement que l'on emploie, les symptômes de la maladie de Bright peuvent disparaître pour se reproduire ensuite.

M. le docteur Labus (5) a cité un cas de guérison d'une albuminurie par l'usage

(1) *Bulletin thérapeutique*, t. VIII.
(2) *El telegrapho medico*, 1847.
(3) *Gaz. des hop.*, février 1848.
(4) *Bull. gén. de thér.*, janvier 1847, t. XXXII, p. 5 et suiv.
(5) *Gazetta med. di Milano*, 1846.

de l'acide nitrique à la dose de 4 grammes dans 750 grammes d'eau, avec sirop de gomme et mucilage. Il y avait chez le malade des vomissements opiniâtres et un dépérissement marqué. L'usage de l'acide nitrique fut continué pendant plus d'un mois. Y avait-il réellement une maladie de Bright?

Moyens divers. Viennent ensuite un certain nombre d'autres moyens plus ou moins préconisés; ce sont les *mercuriaux*, mis en usage principalement en Angleterre; les *ferrugineux*, dont il est si facile de diriger l'administration, et qui conviennent dans presque tous les cas où la maladie dure depuis un certain temps; les *frictions excitantes* sur la peau, les *cautères*, les *sétons*, les *moxas* appliqués à la région des lombes; en un mot, les divers moyens capables de faire cesser la faiblesse considérable des malades, de combattre l'état séreux du sang, d'exciter la peau, en même temps que, par les médicaments donnés à l'intérieur, on cherche à déterminer une transpiration abondante, ou bien qu'on ouvre des fonticules qui déterminent une révulsion puissante et continue.

Malheureusement la maladie se montre presque toujours rebelle, et, d'un autre côté, nous n'avons pas de relevé exact d'un nombre suffisant d'observations pour nous prononcer sur la valeur de ces médicaments. Cependant le docteur Osborne a cité vingt-sept guérisons sur trente-six cas obtenus par une médication composée qui consiste dans l'emploi simultané ou successif des saignées, des ventouses, des purgatifs, des sudorifiques, des vésicatoires, et de quelques autres moyens par lesquels il cherche à déterminer la diaphorèse. Ce résultat serait on ne peut plus satisfaisant si, comme le fait remarquer M. Rayer, on ne trouvait, dans les faits cités par M. Osborne, un nombre considérable de cas appartenant à la forme aiguë, dans laquelle on obtient presque toujours la guérison.

Régime; soins hygiéniques. Le régime ne doit pas être sévère comme dans la forme aiguë; le plus souvent, au contraire, le médecin doit prescrire une nourriture assez solide et assez abondante: car, ainsi que nous l'avons vu à l'article des causes, bien des sujets ont contracté la maladie dans des conditions extrêmement défavorables sous ce rapport. Ainsi, on n'hésitera pas, chez des individus qui, pendant longtemps, ont eu une nourriture malsaine et insuffisante, à conseiller des *viandes rôties*, un peu de *vin pur*, en un mot, un régime analeptique qui viendra en aide aux médicaments toniques prescrits en pareil cas. Toutefois, lorsqu'il survient des exacerbations, on doit, comme dans la forme aiguë, persister pendant quelque temps dans une diète assez sévère.

Le malade doit avoir une chambre sèche et maintenue à une température un peu élevée; il doit se *couvrir le corps de flanelle*, se faire pratiquer des *frictions sèches*, en un mot, éviter, par tous les moyens possibles, le froid humide, qui devient d'autant plus nuisible pour lui, que la maladie a fait de plus grands progrès.

Résumé; ordonnances. Nous venons de voir que les documents sur lesquels nous avons dû établir le traitement de la maladie de Bright manquent, en général, de la précision et de l'exactitude désirables. Les moyens qui, d'après les données que nous possédons, paraissent avoir la plus grande valeur, sont, dans la forme aiguë, les diaphorétiques et les purgatifs, et dans la forme chronique, les diurétiques, les diaphorétiques, les toniques, le régime et les soins hygiéniques.

(1) *Lond. med. Gaz.*, février 1847.

Ire Ordonnance.

DANS UN CAS DE MALADIE DE BRIGHT A FORME AIGUË, CHEZ UN ADULTE ASSEZ VIGOUREUX.

1° Pour tisane, infusion de bourrache ou de sureau.

2° Une saignée de deux ou trois cents grammes, répétée si le cas l'exige, mais avec prudence ; ventouses scarifiées ou sangsues sur la région lombaire.

3° Une demi-bouteille d'eau de Sedlitz, ou seulement un verre tous les matins. Dans le cas où ce purgatif ne suffirait pas, prescrire l'huile de ricin, d'épurge, ou bien le jalap, la gomme-gutte (*voy.* p. 447).

4° Un bain simple tous les soirs ; dans la journée une fumigation de baies de genièvre (*voy.* p. 441).

5° Si la transpiration ne se rétablit pas, un bain de vapeur tous les deux jours, ou même tous les jours si les forces le permettent.

6° Se couvrir le corps de flanelle ; diète sévère tant que dure l'état fébrile ; donner ensuite promptement au malade des aliments substantiels.

IIe Ordonnance.

DANS UN CAS DE MALADIE DE BRIGHT A FORME CHRONIQUE SANS COMPLICATION.

1° Pour tisane, infusion d'*uva ursi* (*voy.* p. 444).

2° Quelques sangsues aux lombes ou à l'anus, dans les paroxysmes. (Ce moyen ne doit être employé qu'avec beaucoup de prudence.)

3° Diurétiques : oxymel scillitique, digitale, etc., etc.

4° Diaphorétiques : poudre de Dower, de James, etc. ; fumigations, bains de vapeur, etc.

5° Toniques ; ferrugineux.

6° Régime analeptique, sauf dans les cas de complication et dans les moments de paroxysme ; se couvrir la peau de flanelle, etc.

Plusieurs auteurs ont exposé longuement le traitement des diverses complications que l'on observe si fréquemment dans la maladie de Bright. Il me serait par conséquent très facile d'indiquer ici tout ce qui concerne ces diverses complications ; mais il est aisé de voir qu'il n'y aurait pas une grande utilité. La maladie se complique, en effet, de diverses phlegmasies des organes thoraciques ou intestinaux, ou bien de maladies chroniques, comme les tubercules, les affections du cœur et du foie ; mais rien ne nous a appris qu'il y ait des médicaments spéciaux applicables aux cas particuliers dont il s'agit ici : il suffit de diriger contre ces affections le traitement ordinaire, en ayant soin seulement de le modérer suivant l'état des forces du malade.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Forme aiguë.* Émissions sanguines ; diurétiques ; purgatifs ; diaphorétiques ; bains ; régime ; soins hygiéniques.

2° *Forme chronique.* Émissions sanguines, diurétiques ; térébenthine ; baumes de Tolu, de copahu, etc. ; cantharides ; diaphorétiques ; purgatifs ; vomitifs ; mercuriaux ; acide nitrique ; toniques ; ferrugineux ; révulsifs ; exutoires ; régime ; soins hygiéniques.

ARTICLE VII.

HYPERTROPHIE, ATROPHIE DES REINS.

Je ne cite ici ces deux lésions des reins que pour mémoire, car, quelques efforts que l'on ait faits pour reconnaître quels sont les symptômes qui leur appartiennent, on n'est arrivé à aucun résultat positif. Je dirai seulement que l'atrophie et l'hypertrophie des reins sont quelquefois congénitales, mais bien plus souvent accidentelles, c'est-à-dire déterminées par des affections particulières. M. Rayer se contente de dire que l'exagération de la sécrétion de l'urine paraît être l'effet de l'hypertrophie des reins. Quant à l'atrophie, comme elle ne porte ordinairement que sur un seul de ces organes, et que l'autre acquiert un développement proportionnel, il en résulte que l'on ne peut avoir aucune idée de cet état des reins chez l'homme vivant.

ARTICLE VIII.

CANCER, TUBERCULES DES REINS.

Les reins ne peuvent pas être rangés parmi les organes le plus fréquemment affectés de cancer et même de tubercules. Il est fort rare que leur substance devienne cancéreuse autrement que par l'extension d'un cancer développé primitivement dans les parties voisines; et quant aux tubercules, on peut dire qu'il n'est pas un seul exemple authentique de cette production morbide occupant exclusivement le rein. Lorsqu'on en trouve dans cet organe, c'est qu'il y en a ordinairement une grande quantité dans presque toutes les autres parties du corps. Les deux affections dont il s'agit ici sont au-dessus des ressources de l'art; elles se montrent rarement; il suffira donc de les décrire en très peu de mots.

1° *Cancer.* — *Causes.* « Le cancer des reins, dit M. Rayer, attaque de préférence le *sexe masculin*, l'*âge mûr* et *la vieillesse.* » On l'a observé quelquefois néanmoins chez des individus jeunes, et même chez les enfants. M. le docteur Obre (1) a observé un cas de cancer des deux reins chez *un enfant de treize mois*. Les tumeurs énormes et remplissant l'abdomen étaient de nature encéphaloïde. Dans ce cas, il n'y eut pas d'hématurie. On a trouvé ce cancer plus fréquemment à droite qu'à gauche.

Symptômes. En général, l'affection n'est pas douloureuse, surtout dans les premiers temps de la maladie. Cependant on a noté quelquefois les *douleurs* lancinantes du cancer. Au bout d'un temps plus ou moins long, il survient, dans quelques cas, une *tumeur* ordinairement bosselée et dure entre la dernière côte et l'os coxal: cette tumeur est quelquefois douloureuse à la pression.

L'*hématurie* est un des principaux symptômes du cancer. Elle est souvent assez considérable pour produire des caillots volumineux, surtout dans les premiers temps. Plus tard on n'observe que des urines sanguinolentes, ou semblables à de la lavure de chair. Le sang peut se coaguler dans la vessie ou dans l'urètre; de là l'excrétion de caillots vermiculaires ou de dépôts de sang corrompu et fétide dans l'urine.

Si l'on joint à ces symptômes l'amaigrissement, la couleur jaune-paille, l'affai-

(1) *London med. Gaz.*, février 1847.

blissement, les dérangements gastro-intestinaux, en un mot les symptômes qui appartiennent à tous les cancers, et ceux des autres affections cancéreuses qui existent presque constamment chez le même sujet, on aura tout ce qu'il importe de savoir sur la symptomatologie du cancer rénal.

Le *diagnostic* peut être très difficile, attendu qu'assez souvent l'affection ne s'annonce par aucun symptôme bien tranché, qu'il n'y a pas même de la douleur, et que, dans les cas où la douleur existe, on peut la rapporter à d'autres affections, et principalement au lumbago.

Le signe le plus important est sans contredit l'hématurie, non qu'il ne soit commun à plusieurs autres affections, mais parce qu'il présente quelques caractères particuliers. Lorsque l'hématurie est due au cancer, elle survient soit dans un état de santé satisfaisant et sans qu'aucune altération des voies urinaires soit venue faire connaître l'imminence de l'hémorrhagie, soit après un temps plus ou moins long pendant lequel le malade a éprouvé des douleurs rénales; ces deux circonstances doivent être soigneusement notées, car, dans le premier cas, on doit soupçonner que les choses se passent comme dans les cas de cancer de l'utérus, que nous verrons débuter fréquemment par une métrorrhagie, et dans le second, on devra croire à l'existence du cancer, si les douleurs rénales n'ont pas été accompagnées de l'expulsion de quelques graviers ou des signes de la néphrite aiguë ou chronique. Si l'on voyait survenir une tumeur d'un des reins, on ne pourrait plus guère conserver de doutes, et le diagnostic serait plus positif encore s'il y avait un cancer dans un autre organe.

N'oublions pas toutefois que, dans certains cas, l'hématurie peut avoir lieu sans lésions appréciables, comme nous le verrons plus loin, et reconnaissons que dans ces cas le diagnostic est bien difficile. Les complications si fréquentes qu'on observe dans cette affection le rendent même assez souvent impossible.

Les *lésions anatomiques* du cancer des reins ont été étudiées avec le plus grand soin; mais pour nous il suffit de les indiquer très rapidement. C'est la forme *encéphaloïde* qu'on observe ordinairement; on trouve aussi dans les reins le *fongus hématode*, et parfois le véritable *squirrhe*. Le siége de l'affection est ordinairement la substance corticale; rarement le bassinet se trouve atteint. Du reste, l'étendue de la lésion est très variable suivant les cas. La production morbide peut en effet n'avoir que le volume d'une noisette et occuper un ou plusieurs points de la substance rénale, et, dans certains cas, on l'a vue envahir toute cette substance, de telle sorte que le rein est transformé en une tumeur bosselée souvent très considérable et occupant une grande étendue de l'abdomen. On a vu aussi cet organe converti en une sorte de détritus dans plusieurs points. Les organes voisins sont alors soit primitivement, soit consécutivement altérés; et enfin on trouve les lésions propres aux complications signalées plus haut.

La maladie se termine toujours par la mort. Le *traitement* ne peut, par conséquent, être que palliatif et dirigé contre les principaux symptômes. Ainsi on combattra l'*hématurie* par les *astringents* et les *réfrigérants*, si la perte de sang est très abondante; on dirigera contre la *faiblesse* et l'*anémie* les *toniques*, une nourriture succulente et les *ferrugineux*; on calmera les *douleurs* par les *narcotiques* et principalement par l'*opium*, qu'il ne faudra pas craindre de porter à des doses assez élevées. Quant aux autres moyens, tels que les *exutoires* sur la région des lombes,

la ciguë, etc., il n'est nullement prouvé, ainsi que le fait remarquer M. Rayer, qu'ils aient des avantages réels.

2° *Tubercules.* J'ai dit plus haut qu'il n'existe pas un seul fait authentique qui prouve que des tubercules puissent se développer dans les reins sans qu'il en existe dans les poumons. C'est un fait qu'on peut facilement vérifier en ayant recours, non aux assertions des auteurs, mais aux observations. Il en résulte que cette lésion des reins doit être rangée parmi les lésions secondaires, et n'a qu'un intérêt médiocre pour la pratique.

Contentons-nous donc de dire que les tubercules des reins échappent presque toujours à l'observation pendant la vie ; que néanmoins, dans quelques cas, on a trouvé dans les urines des grumeaux de matière tuberculeuse, ce qui annonce que le bassinet est envahi par la production morbide ; que ce symptôme est le seul qui puisse faire soupçonner la dégénération tuberculeuse des reins, mais qu'avant de se prononcer il faut examiner avec beaucoup de soin les autres organes urinaires (la vessie, la prostate), qui pourraient bien être la source de la matière tuberculeuse trouvée dans les urines.

M. Rayer a vu des reins presque entièrement convertis en matière tuberculeuse; ces cas sont très rares. Ordinairement on trouve des tubercules disséminés ou infiltrés dans la surface rénale. M. Louis a vu, dans un cas, une infiltration de matière grise demi-transparente, mais jamais de granulations de la même matière.

Tout *traitement* est évidemment impuissant contre cette lésion.

On trouve aussi dans les reins de la *matière mélanique* sous différentes formes; mais comme cette production morbide n'est connue que sous le point de vue de l'anatomie pathologique, il est inutile d'en parler ici.

ARTICLE IX.

KYSTES SIMPLES DES REINS.

Il ne faut pas confondre, comme on l'a fait souvent, les kystes simples des reins avec les hydatides ou acéphalocystes. Les premiers ne présentent, en effet, que de simples poches remplies d'un liquide, tandis que les autres ont les caractères des vers vésiculaires que nous avons décrits déjà dans plusieurs organes, et notamment dans le foie.

Il n'est pas très rare de trouver des kystes simples dans les reins. Nous ne savons rien sur les *causes* qui les produisent.

Symptômes. Quant aux *symptômes*, voici ce qui résulte de l'examen des observations citées par M. Rayer. Tant que la maladie n'a pas acquis un très grand développement, rien ne peut faire soupçonner l'existence des kystes simples des reins. Dans le cas contraire, la maladie peut non seulement faire éprouver de la *gêne* dans la région lombaire par suite du grand accroissement de l'organe, mais encore une véritable *douleur*, du moins si l'on s'en rapporte à un des faits publiés (1). Le sujet de l'observation eut en effet plusieurs attaques de douleurs rénales vives, à des intervalles variables, et l'on ne trouva ni dans l'excrétion de l'urine, ni dans les lésions de l'organe, après la mort, aucune cause de colique néphrétique autre que le développement des kystes.

(1) *Journal de médecine*, par Corvisart, Leroux et Boyer, an XI.

L'accroissement de volume des reins peut donner lieu à une *tumeur* appréciable par la palpation ; mais ce n'est pas là le cas le plus fréquent. Cependant on voit, dans un cas emprunté par M. Rayer à un journal allemand (1), que la tuméfaction était assez considérable pour faire soupçonner une grossesse.

Les caractères de l'*urine* n'ont pas été suffisamment étudiés. Chez un des sujets précédemment cités, l'urine était copieuse et aqueuse. Il arrive quelquefois qu'elle est purulente ; c'est qu'alors un ou plusieurs kystes se sont enflammés, ont suppuré et se sont vidés dans le bassinet.

Des troubles des *voies digestives* peuvent survenir. Ceux qui ont été bien observés étaient dus principalement à la compression exercée par le rein tuméfié sur l'estomac, et surtout sur sa portion pylorique : ce sont des difficultés de la digestion, de la gêne épigastrique, des vomissements.

Il est encore des symptômes très importants à noter : ce sont ceux qui se manifestent du côté du *cerveau*. Dans les divers cas cités et qui se sont terminés par la mort, on a vu survenir pendant un temps variable, mais ordinairement court, avant le terme fatal, la somnolence, le coma, la perte de l'intelligence et même le délire. Dans quelques cas, il est vrai, on pourrait croire que ces symptômes appartiennent à d'autres maladies graves qui existaient concurremment avec la lésion rénale ; mais il en est plusieurs où celle-ci se montrait seule. Je citerai particulièrement celui qui a été communiqué à M. Rayer par M. Béhier (2).

Terminaison. On voit par là que les kystes des reins peuvent par eux-mêmes causer la mort. En pareil cas, la dégénérescence est complète. Dans les cas les plus ordinaires, les malades sont enlevés par une autre maladie, et la lésion des reins n'a aucune importance, si ce n'est sous le rapport de l'anatomie pathologique.

Lésions anatomiques. Les kystes occupent de préférence la substance corticale des reins ; on en a trouvé dans le tissu cellulaire des vaisseaux rénaux et dans la substance tubuleuse. Ils sont arrondis, à moins d'être comprimés ; ils ont des parois minces, lisses à l'intérieur, et contiennent soit de la sérosité transparente, ce qui est le cas le plus ordinaire, soit une matière gélatiniforme ou d'apparence muqueuse. M. Rayer a cité des cas où la matière contenue dans les kystes ressemblait au cristallin, ou bien n'était autre chose que de la cholestérine, comme l'a démontré l'analyse. Enfin, lorsque l'inflammation s'est emparée d'un ou de plusieurs kystes, on les trouve remplis de sanie puriforme ou de véritable pus (3).

Pronostic. Si l'on parvenait à diagnostiquer les kystes simples dans les reins, on ne devrait pas hésiter à porter un *pronostic* fâcheux, puisque, comme nous l'avons vu plus haut, le diagnostic ne peut être établi que lorsque la maladie est parvenue presque à son dernier terme.

Traitement. « Les *préparations iodées*, dit M. Rayer, ont été plusieurs fois employées avec succès contre la *dégénérescence enkystée des ovaires ;* mais la dégénérescence enkystée des reins est un mal sans remède, lorsqu'elle est arrivée au point où elle peut être reconnue ou soupçonnée pendant la vie. » Il suit de là que les préparations iodées peuvent être mises en usage comme *traitement*, mais qu'on ne doit guère compter sur leurs bons effets.

(1) *Mitth. aus dem Gebiete der gesamm. Heilk.*

(2) *Voy. Traité des maladies des reins*, t. III, p. 519.

(3) *Voy.*, pour plus de détails, RAYER, vol. III, p. 507 et suiv.

ARTICLE X.

HYDATIDES DES REINS, OU KYSTES ACÉPHALOCYSTIQUES.

§ I. — Définition ; fréquence.

Voici la *définition* des kystes acéphalocystiques des reins, telle que l'a donnée M. Rayer : « Les kystes acéphalocystiques des reins sont des poches développées dans l'épaisseur de ces organes, ordinairement tapissées intérieurement par une matière jaunâtre, et qui contiennent une ou plusieurs vessies, libres, non adhérentes, à parois blanches, semi-transparentes, élastiques, tremblantes sous le doigt, et remplies d'un liquide clair et ténu. » Il faut ajouter, d'après les recherches de M. Livois, que ces vessies renferment des échinocoques.

Les acéphalocystes sont très rares chez l'homme, et si l'on en trouve dans les auteurs un assez grand nombre d'exemples, c'est que les cas qui se sont présentés à l'observation ont en général été publiés avec empressement.

§ II. — Causes.

Les causes des kystes acéphalocystiques des reins sont très peu connues. « Plusieurs fois, dit M. Rayer, ils *ont paru* se développer à la suite de *chutes* ou de *contusions* sur les lombes. » Ce n'est que par analogie, et en appliquant à l'homme ce que l'on a observé chez le mouton, qu'on peut penser qu'une *mauvaise nourriture*, le *froid* et l'*humidité*, favorisent le développement de cette maladie.

§ III. — Symptômes.

Il faut que les acéphalocystes aient un certain développement pour déterminer des phénomènes appréciables. C'est donc là une de ces maladies dont le *début* est latent, et qui restent à cet état pendant un temps plus ou moins long.

Lorsque les kystes acéphalocystiques ont acquis un développement considérable ou sont très nombreux, les accidents qu'ils occasionnent sont très différents, ainsi que M. Rayer le fait remarquer avec juste raison, suivant que ces productions morbides sont intactes au milieu de la substance rénale, ou qu'elles se sont frayé un passage dans les conduits urinaires.

Quand les kystes sont intacts, ils ne donnent lieu qu'à des symptômes peu intenses et peu remarquables. Ce n'est pas une véritable *douleur*, mais la simple gêne qui suit la distension des organes, qu'on observe dans la région lombaire. Cependant il peut arriver, comme dans les acéphalocystes du foie, que les kystes s'enflamment et occasionnent de cette manière une véritable douleur, sans que pour cela ils se soient ouverts dans les conduits urinaires. Nous verrons plus loin quels sont les accidents qui sont ordinairement la suite de cette inflammation.

Par suite du grand nombre ou du grand développement des acéphalocystes, il peut survenir une *tumeur* appréciable par la *palpation* et ordinairement douloureuse ; mais il est rare qu'en pareille circonstance il n'y ait pas une inflammation de la substance rénale et un abcès consécutif; nous y reviendrons.

On n'a rien remarqué du côté de la *sécrétion urinaire ;* ce qui tient sans doute à ce que presque jamais les acéphalocystes ne se montrent dans les deux reins, et que le rein sain, redoublant d'activité, suffit à maintenir cette sécrétion à l'état normal. Toutefois il faut reconnaître que la maladie n'a pas été étudiée suffisamment sous ce rapport.

Quand les kystes se rompent dans les conduits urinaires, on observe des symptômes remarquables. Cette rupture est précédée d'une *douleur rénale* plus ou moins vive et de plus ou moins longue durée, qui résulte du travail incessant que détermine vers le bassinet le développement du kyste. Alors aussi l'organe est souvent gonflé de manière à être facilement reconnu par la *palpation* convenablement pratiquée. La *pression* augmente la douleur d'une manière très notable ; c'est du moins ce qui avait lieu dans plusieurs des cas cités par les auteurs.

On a dit que la *percussion* pouvait être très utile, en déterminant dans la tumeur le *bruit hydatique* (1), caractéristique de la lésion qui nous occupe ; mais on a raisonné par analogie, car je n'ai pas vu d'exemple de l'application de ce procédé d'exploration aux tumeurs hydatiques des reins. La percussion doit assurément être pratiquée, car la production de ce bruit serait utile au diagnostic ; mais il ne faudrait pas s'attendre à le produire infailliblement, puisque, dans des cas de tumeurs hydatiques développées dans d'autres organes, nous avons vu que la percussion était souvent impuissante.

Les phénomènes survenus dans l'*excrétion de l'urine* sont, sans contredit, les plus importants. Après une durée plus ou moins longue des symptômes précédents, on observe l'*expulsion des acéphalocystes* qu'on retrouve dans l'urine. Cette expulsion se fait de deux manières très différentes : quelquefois elle a lieu *sans douleur*, ce qui est fort rare, surtout à la *première attaque*, dans laquelle se produisent la perforation des parois du bassinet et l'irruption des hydatides dans le conduit urinaire, ce qui occasionne ordinairement les accidents de la *colique néphrétique*. Lorsqu'au contraire il y a déjà communication du foyer acéphalocystique avec la cavité du bassinet, on conçoit très bien que les hydatides peuvent entrer facilement dans cette cavité, et de là s'échapper, sans accident, au dehors, si elles ne sont pas trop grosses et si les conduits sont suffisamment larges. Cette émission d'hydatides sans douleur réelle a été observée presque uniquement chez les femmes. J'ai montré, il y a quelques années, à la Société anatomique (2) un grand nombre d'hydatides rendues par une femme de trente-cinq à trente-six ans qui n'éprouvait aucune douleur en urinant, quoiqu'à chaque émission on trouvât dans l'urine, pendant les attaques, jusqu'à douze et treize hydatides de la grosseur d'une noisette à une petite noix.

D'autres causes peuvent encore donner lieu à la *colique néphrétique* dans les cas d'hydatides expulsées par les urines. Ces corps trop volumineux peuvent être arrêtés dans l'uretère qu'ils traversent péniblement et lentement, ou bien dans le canal de l'urètre, surtout s'il existe un rétrécissement. Ce sont alors des douleurs vives dans le trajet des conduits, l'ischurie, la rétraction des testicules, l'engourdissement de la cuisse, les hoquets, les nausées, les vomissements, en un mot, je le répète, les symptômes de la colique néphrétique que je décrirai longuement dans un des articles suivants, et qu'il serait par conséquent inutile d'indiquer ici avec de plus grands détails.

Les *acéphalocystes contenus dans l'urine* sont souvent très nombreux. J'en ai cité plus haut un exemple, et l'on en trouve de semblables dans les auteurs. Un

(1) Voy. *Hydatides du foie.*
(2) *Bulletin de la Société anatomique.*

des plus remarquables est celui qui a été rapporté par M. Weitenkapf (1) ; le sujet rendait en effet chaque fois jusqu'à cinquante ou soixante hydatides. Quelquefois il n'y en a qu'une seule à chaque émission.

Leur *volume* varie entre celui d'un pois et celui d'une noix, du moins on n'a pas cité d'exemple d'hydatide plus volumineuse rendue par les urines. Les plus grosses sont ordinairement vides et opaques. C'est un indice qu'elles étaient déjà malades ou qu'elles ont été crevées, depuis un temps assez long, dans leur passage à travers les conduits urinaires. Il n'est pourtant pas sans exemple que des acéphalocystes de la grosseur d'une noix aient été rendus vivants, et par conséquent pleins. C'est ce qu'on observait dans le cas cité par M. Weitenkapf, et que je viens de mentionner. On a peine à comprendre au premier abord, sans doute, comment des corps aussi volumineux peuvent franchir l'uretère et l'urètre ; mais il faut se rappeler que ces vers sont élastiques, qu'ils s'allongent facilement, qu'ils peuvent par là perdre une très grande partie de leur diamètre, et l'on conçoit que, la dilatation des conduits aidant, leur expulsion ait lieu sans trop de difficulté. N'oublions pas d'ailleurs les accidents de colique néphrétique qui accompagnent si fréquemment cette expulsion. Les petites hydatides sont rendues entières, à moins que l'inflammation ne les ait détruites dans le kyste. On les voit dans l'urine, arrondies, blanches, demi-transparentes, élastiques, et si on les examine au microscope, on leur trouve les caractères signalés par M. Livois (2).

L'*urine* contient en outre des matières qui décèlent l'inflammation préalable à la perforation des conduits urinaires. On y a trouvé du *sang* après les douleurs violentes, une *sanie* putride et enfin du *pus*. Il en résulte des dépôts plus ou moins abondants, facilement reconnaissables à leur aspect, et qu'on distingue bien mieux encore à l'aide du microscope qui fait voir les globules sanguins et purulents.

Les phénomènes qui viennent d'être décrits ne se produisent pas d'une manière continue. Ordinairement après un, deux ou trois jours, les urines cessent de contenir des acéphalocystes, et les symptômes que nous avons dit appartenir aux hydatides restées intactes dans la substance rénale persistent seuls. Ce sont la *gêne dans la région lombaire*, un *malaise général*, une *tristesse* plus ou moins grande et un *dépérissement lent*. Il faut y joindre, dans un assez bon nombre de cas, la présence d'une *matière sanieuse et purulente dans l'urine*, parce que si le foyer cesse de verser des acéphalocystes, il rejette néanmoins le produit purulent de la sécrétion de ses parois. Quelquefois cependant tous les symptômes disparaissent et le malade semble revenir à la santé, lorsqu'au bout d'un temps variable, et qui peut n'être pas plus long que quinze jours ou un mois, les accidents reparaissent et des acéphalocystes sont de nouveau rejetés par les urines.

Kystes hydatiques s'ouvrant à l'extérieur. Dans quelques cas, les choses se passent différemment, et l'on observe des phénomènes semblables à ceux que nous avons décrits à propos des hydatides du foie, lorsque le foyer hydatique s'ouvre au dehors. Le travail de perforation que nous avons vu se faire vers le bassinet, se fait vers la surface du rein. En pareil cas, l'inflammation est ordinairement considérable ; elle gagne bientôt les membranes rénales et le tissu cellu-

(1) *Provin. Sanitaets-berichte*, etc., 1835.
(2) Voy. *Hydatides du foie*.

laire abondant qui recouvre l'organe en arrière. La *douleur* devient vive et continue ; elle est ordinairement pulsative, comme dans tous les cas où il existe une inflammation suppurative. Bientôt le point de la région lombaire correspondant à l'affection devient tuméfié, pâteux, d'une rougeur obscure. Les limites de ces altérations ne sont pas bien circonscrites, et enfin on finit parfois par sentir un fluctuation profonde, mais l'empâtement œdémateux peut être le seul signe auquel on puisse reconnaître la formation du pus. On trouve deux exemples des plus remarquables de ces *abcès acéphalocystiques* dans l'ouvrage de M. Rayer (t. III) qui les a extraits de la *Bibliothèque médicale* (1). Dans le premier de ces deux cas, rapporté par le docteur Jannin, chirurgien à Vallières, l'ouverture du foyer ayant été pratiquée à l'aide de l'instrument tranchant, il en sortit une multitude d'hydatides ; dans le second, l'ouverture se fit spontanément après plusieurs années de douleur et de gonflement lombaires.

Les *symptômes généraux* qui accompagnent cette inflammation du foyer et cette suppuration des reins ne sont pas toujours aussi intenses qu'on pourrait le supposer. Dans les deux cas qui viennent d'être cités, à peine y a-t-il eu, en effet, un peu de dérangement de la santé, même après l'ouverture de la tumeur. Cependant il est plus ordinaire d'observer le mouvement fébrile qui accompagne les suppurations considérables.

Nous avons vu plus haut (2) par quels symptômes *se termine la maladie* dans les cas où la dégénération complète des reins cause la mort. Dans ceux où les hydatides sont rejetées au dehors, soit par les urines, soit en se frayant un passage à travers les parois lombaires, on voit ordinairement, après l'expulsion d'une quantité plus ou moins grande de ces vers, tous les symptômes s'amender. La gêne de la région rénale, et la tumeur, s'il en existait une appréciable, diminuent sensiblement ; les urines sont plus faciles ; ou bien la suppuration de la plaie extérieure diminue, n'est plus sanieuse, et ne contient plus d'hydatides ; l'appetit, la gaieté, les forces reviennent, et le malade guérit promptement. Cette amélioration est ordinairement beaucoup plus marquée, dès son début, que celle qui survient dans l'intervalle des attaques, dans les cas d'expulsion des hydatides par les urines, ce qui peut faire reconnaître qu'on n'a plus à craindre d'accidents graves. On conçoit cependant qu'il n'y a rien de positif dans cette induction, puisque, comme je l'ai fait remarquer, il peut arriver que tout phénomène morbide disparaisse, quoiqu'il se prépare, pour un temps plus ou moins éloigné, une nouvelle expulsion d'acéphalocystes par les voies urinaires.

Quelquefois on a vu *la tumeur s'enflammer sans s'ouvrir* ni dans le bassinet, ni à la surface externe du rein ; des symptômes plus ou moins intenses (douleur, fièvre, etc.) se produire, puis diminuer, disparaître au bout d'un temps plus ou moins long, et tout rentrer dans l'ordre. En pareil cas, le kyste se rétrécit peu à peu, et finit par s'oblitérer. On a vu aussi des sujets présenter pendant un temps variable des douleurs rénales peu intenses et mal caractérisées qui ont fini par se dissiper ; il est probable que, dans un certain nombre de ces cas, il a existé des kystes hydatiques qui se sont terminés par ces incrustations calcaires que j'indiquerai plus loin.

(1) 1805, t. X ; 1814, t. XLIII.
(2) *Kystes simples des reins*, p. 153.

Enfin, on a cité des cas où le foyer hydatique s'est ouvert dans d'autres voies pour se porter à l'extérieur (dans l'intestin, l'estomac, et même les voies respiratoires). Il se passe, dans ces cas exceptionnels, ce que nous avons déjà plusieurs fois signalé dans les abcès du foie, de la rate, etc., et qu'il serait, par conséquent, inutile de reproduire ici.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison de la maladie.

La marche de la maladie est ordinairement très lente. Dans les premiers temps, il est impossible de la suivre, puisque la lésion ne donne lieu à aucun symptôme. Lorsque les sujets succombent, les hydatides étant restées intactes dans la substance rénale, la marche de la maladie devient bien plus rapide vers la fin, à l'époque où l'on a pu parvenir à diagnostiquer le mal, ou du moins à le soupçonner. Dans les cas où les hydatides sont rejetées au dehors par les urines, la marche de l'affection est remarquable par ces espèces d'attaques que j'ai maintes fois signalées. Dans ceux où le foyer s'ouvre au dehors par les parois lombaires, la marche devient aiguë pendant la période de suppuration ; puis, lorsque l'ouverture est faite, il y a une suppuration prolongée. Enfin, dans les cas de perforation faisant communiquer le foyer avec une autre cavité que celle du rein, on peut observer des phénomènes intermittents analogues à ceux que j'ai décrits à propos de l'ouverture dans les conduits urinaires.

La maladie peut durer des années entières. Les faits que nous connaissons prouvent que cette *durée* est toujours très longue.

Nous avons vu que la *terminaison* était fatale dans quelques cas où les hydatides ne trouvant pas d'issue au dehors, et envahissant tout l'organe, la sécrétion urinaire devait être extrêmement gênée. Dans les cas, au contraire, où ces vers sont rejetés, soit par les voies urinaires, soit par une ouverture des lombes, la guérison est très fréquente, du moins si l'on s'en rapporte aux cas que nous connaissons. Je ne prétends pas néanmoins donner cette conclusion comme très positive ; car il serait fort possible que beaucoup de cas de non-guérison n'eussent pas été publiés, tandis qu'on s'est empressé de faire connaître ceux qui ont eu une heureuse issue ; je voulais seulement faire remarquer que la terminaison par guérison, dans les cas particuliers dont il s'agit, n'est pas aussi rare que le dit Boyer (1).

§ V. — Lésions anatomiques.

On ne trouve ordinairement de kystes acéphalocystiques que dans un seul des deux reins ; et, comme le fait remarquer M. Rayer, « dans la cavité du kyste, les acéphalocystes sont presque toujours multiples. » Voici comment le même auteur décrit d'une manière générale la poche rénale qui constitue le kyste. « Elle est formée : 1° par les substances rénales atrophiées et anémiques, visibles et distinctes encore dans quelques points, et, en quelques autres, réduites à une simple trame celluleuse, infiltrée çà et là d'une matière jaunâtre accidentelle, et formant une sorte de membrane grisâtre à l'extérieur et jaunâtre à la coupe ; 2° par un véritable kyste, à parois fermes et fibreuses, dont la surface interne, un peu inégale et jaunâtre, offre, par places, des brides celluleuses plus denses que les parois, avec des enfoncements, les uns larges et profonds, les autres plus petits et digitiformes.

» En contact avec cette surface, mais sans aucune adhérence avec elle, on trouve (lorsqu'il ne s'est opéré aucun travail de désorganisation dans l'intérieur du kyste

(1) *Traité des malad. chirurg.*, 4ᵉ édit., t. VIII, p. 541.

une grande poche molle et membraneuse, dont les parois sont formées d'une substance particulière, diaphane, semblable à du blanc d'œuf médiocrement cuit, ou mieux à du blanc d'œuf coagulé par la potasse caustique. Cette substance, très élastique, peut s'allonger jusqu'à un certain point sans se rompre, et alors, abandonnée à elle-même, elle offre un tremblotement remarquable.

» Quelquefois légèrement jaunâtre, cette substance est ordinairement blanchâtre, avec une teinte bleue légère ; mais quelle qu'en soit la couleur à la lumière réfléchie, cette matière est constamment d'une belle couleur jaune-citron à la lumière réfractée. Cette poche membraneuse (*acéphalocyste mère* de quelques auteurs) peut être séparée en plusieurs lames, comme si elle était composée de couches superposées. »

On voit par cette description que les kystes acéphalocystiques des reins ne diffèrent pas de ceux que nous avons trouvés dans d'autres organes. Il en est de même des hydatides qu'ils renferment. On y trouve ces vers en nombre souvent fort grand et de diverses grosseurs. Saines, les hydatides sont arrondies, très élastiques ; altérées par l'inflammation, elles sont vides, flétries, nageant dans le pus. On voit, en outre, les adhérences avec le bassinet qui précèdent la perforation ; parfois un retrait du kyste, qui le rend irrégulier. Parfois aussi ce kyste s'encroûte d'une matière crétacée, qui s'empare également de la place qu'occupaient les acéphalocystes, et ceux-ci sont plus ou moins complétement détruits. Il ne faut pas confondre l'incrustation crétacée avec les granules qu'on observe dans les parois du kyste non altéré.

Je n'insiste pas davantage sur ces altérations qui ne nous offriraient pas de nouvelles considérations importantes. Je dirai seulement que tantôt on trouve de petits kystes isolés, tantôt une réunion de plusieurs kystes, et que parfois le rein en est rempli, d'où résulte une déformation très considérable et une grande augmentation du volume de cet organe.

§ VI. — Diagnostic.

Le diagnostic de cette affection est extrêmement difficile jusqu'au moment où les hydatides sont rejetées à l'extérieur par une voie quelconque. L'existence d'une tumeur avec gêne dans la région lombaire est loin de suffire pour faire reconnaître la présence des kystes acéphalocystiques. Cependant s'il n'y a eu ni douleur dans les membres inférieurs, ni rétraction du testicule, ni mouvement fébrile, comme dans la néphrite ; ni hématurie, comme dans le cancer ; ni colique néphrétique, comme dans les calculs rénaux, il est permis de soupçonner l'existence de kystes dans les reins ; mais il ne faut pas oublier que des *kystes simples* peuvent avoir leur siége dans cet organe, et si des hydatides n'ont pas été rejetées, on ne peut se prononcer d'une manière précise sur la nature de l'affection.

Lorsque la tumeur occupe le rein droit, on peut croire à l'existence de *kystes acéphalocystiques du foie*. Il faut tenir compte, en pareil cas, du siége de la tumeur, qui est plus inférieur et plus postérieur dans les hydatides des reins, et de l'absence ou de l'existence de l'ictère.

Quand des acéphalocystes sont rendus avec l'urine, on peut se demander encore si ces corps ne viendraient pas d'un foyer voisin de la vessie et ouvert dans cet organe. La douleur préalable des lombes, la palpation de la région lombaire, et

pour contre-épreuve celle de l'hypogastre, fourniront les lumières qui dirigeron le médecin dans son diagnostic.

Enfin, lorsqu'il se forme à la région lombaire une tumeur fluctuante, on peut se demander s'il s'agit d'hydatides ou d'un *abcès* dû à une simple inflammation des reins. Mais, si l'on n'a pas oublié que les abcès des reins sont presque constamment causés par la présence des calculs rénaux, on verra qu'il est difficile de tomber dans l'erreur à ce sujet. La colique néphrétique causée plus ou moins fréquemment par les calculs, l'expulsion des graviers par les urines, suffiront pour éloigner l'idée d'un abcès produit par une inflammation simple.

Il ne faudrait pourtant pas conclure, de ce que je viens de dire, que je regarde le diagnostic des acéphalocystes des reins comme bien établi, même dans les cas que je viens de déterminer. Les observations que nous possédons ne sont pas assez nombreuses pour nous permettre de lever les nombreuses difficultés qui l'entourent. J'ai voulu seulement faire connaître les principales données d'après lesquelles on pourra porter son jugement.

Pronostic. On a vu plus haut, à propos de la terminaison de la maladie, que je ne regardais pas le pronostic comme aussi défavorable qu'il paraît l'être d'après plusieurs auteurs, et en particulier d'après Boyer. M. Rayer, en étudiant les faits, est arrivé à la même conséquence. Voici comment il s'exprime à ce sujet : « A en juger par la marche de la maladie dans la plupart des cas de kystes acéphalocystiques des reins qui ont été publiés jusqu'à ce jour, le pronostic de ces espèces de tumeurs serait généralement moins grave que celui des tumeurs rénales formées à la suite des pyélites. Chose remarquable, les kystes acéphalocystiques des reins ont, comme les kystes acéphalocystiques qui se développent dans les autres organes, une grande tendance à s'enflammer, à se perforer et à revenir sur eux-mêmes lorsqu'ils se sont complétement vidés. Aussi les exemples de guérison des tumeurs rénales, après l'évacuation d'hydatides par les voies urinaires, ne sont-ils pas très rares. Mais, dans un cas donné, on ne peut préjuger l'époque à laquelle une semblable évacuation aura lieu. »

Il résulte de tout cela que l'évacuation des hydatides, soit par les urines, soit, comme on peut s'en convaincre en se rappelant les faits cités plus haut, par une ouverture à la région lombaire, est, toutes choses égales d'ailleurs, la circonstance qui doit rendre le pronostic le moins grave.

§ VII. — Traitement.

Il faut d'abord établir, avec M. Rayer, une division essentielle pour le traitement. Celui-ci, en effet, est différent suivant que les kystes sont *intacts*, *enflammés*, *ouverts dans le bassinet*, *près de s'ouvrir*, ou bien *ouverts à l'extérieur* à travers les parois lombaires. Disons comment on doit agir dans ces diverses circonstances.

1° *Lorsque la tumeur est intacte et qu'il n'existe pas encore d'inflammation* à la surface du rein et dans le tissu environnant, les auteurs sont d'avis de n'employer aucun moyen bien actif, et l'on peut ajouter que cette recommandation est généralement inutile, attendu que souvent le diagnostic ne peut pas être porté, ou qu'on n'est consulté par le malade qu'à l'époque où les hydatides sont expulsées par les urines ou ont occasionné l'inflammation des parties environnantes. Cependant

on a proposé quelques moyens qui pourraient s'appliquer aux cas où l'on soupçonnerait la présence des acéphalocystes dans les reins.

Un des principaux est la *térébenthine*. Le docteur Moreau, médecin à Vitry-le-Français, a rapporté un cas (1) cité ensuite par M. Rayer, et dans lequel on a cru pouvoir attribuer la guérison à la térébenthine. Mais il ne s'agit pas, dans cette observation, d'une tumeur restée intacte, puisque le malade avait rejeté des hydatides avec les urines. Toutefois on ferait facilement l'application du remède aux tumeurs qui ne sont pas rompues, si l'on pouvait voir dans ce fait autre chose qu'une coïncidence. Mais un seul fait n'est-il pas entièrement insuffisant lorsque nous savons que la simple expulsion des hydatides par les voies urinaires est souvent suivie de guérison? Et cette expulsion n'eût-elle pas même eu lieu, on ne pourrait encore attribuer d'une manière absolue la guérison à l'usage de la térébenthine, puisqu'il est avéré que des tumeurs hydatiques peuvent, sans se rompre, se flétrir, s'incruster, se remplir de matière crétacée, s'atrophier, et finir par se cicatriser ou par ne plus former qu'un noyau inerte, dont l'innocuité est constatée par l'expérience. Qu'il nous suffise donc de savoir que le docteur Moreau a donné l'*huile essentielle de térébenthine à la dose de* 80 *centigrammes chaque jour en quatre prises*.

On peut voir dans l'article que j'ai consacré aux *hydatides du foie* les divers moyens internes dirigés contre ces vers vésiculaires et les réflexions que j'ai présentées à l'occasion de ce traitement. On en fera facilement l'application aux hydatides des reins. Je me borne ici à énumérer ces moyens : ce sont les *désobstruants*, les *fondants*, les *purgatifs*, les *vomitifs*, le *calomel*, divers *anthelmintiques*, l'*eau de mer*, les *préparations d'iode*. Voici comment Boyer juge cette médication : « Les vermifuges, dit-il, et le mercure lui-même que M. le professeur Baumes regarde comme doué de la propriété de détruire les vers vésiculaires, ou du moins de favoriser leur expulsion, sont des remèdes sur l'efficacité desquels on doit peu compter; cependant on peut y avoir recours lorsque rien n'en contre-indique l'usage. »

On trouve, il est vrai, parmi les faits cités par M. Rayer, une observation de M. Aulagnier (2) dans laquelle l'auteur paraît attribuer au traitement mercuriel l'expulsion des hydatides; mais nous savons que la perforation du bassinet et l'issue des acéphalocystes par cette voie sont un fait fréquent dans les cas où aucun traitement mercuriel n'a été prescrit, et rien, dans l'observation, ne prouve que ce traitement ait réellement favorisé la sortie des vers vésiculaires.

On n'a jamais, comme dans les *hydatides du foie*, pratiqué l'*ouverture de la tumeur*, dans des cas où elle n'avait pas encore occasionné une inflammation suppurative de la surface du rein et des parties adjacentes. Cependant on conçoit que si le diagnostic présentait, dans un cas donné, une assez grande certitude, on pourrait recourir à cette opération, afin de soustraire le malade aux chances de quelques accidents, comme ceux de la *colique néphrétique* causée par le passage de grosses hydatides dans les conduits urinaires, ou comme la rupture du kyste dans le péritoine, ce qui heureusement est fort rare. Les réflexions présentées à ce sujet par M. Rayer sont trop importantes pour que je puisse m'empêcher de les reproduire. « Si, dit-il, la tumeur enkystée est *intacte*, et qu'on soit parvenu à

(1) *Bibliothèque médicale*, septembre 1820.

(2) Extraite du *Journal génér. de médecine*, t. LVI, 1816.

bien constater qu'elle est formée par un kyste acéphalocystique, on pourrait *l'ouvrir à l'aide d'une incision et des caustiques*, comme il a été indiqué à l'occasion des tumeurs formées à la suite de la pyélite ; mais il est généralement préférable d'attendre que la tumeur s'ouvre spontanément dans le bassinet et les calices. Je n'ai jamais, il est vrai, eu l'occasion d'ouvrir ainsi un semblable kyste développé dans les reins; cette pratique a été appliquée avec un succès incontestable aux kystes acéphalocystiques du foie, et certaines objections faites contre la néphrotomie pratiquée dans le but d'extraire un calcul ne sont pas applicables aux kystes acéphalocystiques des reins. Ainsi le kyste est presque toujours, sinon toujours, unique; il est voisin de la surface du rein; l'inflammation en est plutôt salutaire que fâcheuse, etc., et l'opération offrirait par elle-même peu de danger, à moins que le malade n'eût un très grand embonpoint. »

Ces raisons semblent militer en faveur de l'opération; mais M. Rayer termine en répétant qu'il vaut mieux, en général, attendre l'ouverture dans le bassinet, en sorte que la question est encore en litige et ne pourra être résolue que par l'expérience, ou du moins qu'il faut regarder l'opération comme applicable seulement à des cas particuliers qu'il est bien difficile de préciser ici. Quant au procédé opératoire, j'en parlerai au sujet de la *pyélite calculeuse*.

Dans le cas où la tumeur, quoique n'ayant encore subi aucune rupture, a déterminé l'inflammation du tissu qui environne le rein, on peut plus hardiment tenter l'opération; mais on ne doit pas hésiter à y avoir recours lorsqu'il s'est formé un véritable *abcès* reconnaissable à la fluctuation profonde ou du moins à l'empâtement œdémateux de la surface lombaire correspondant à la tumeur. C'est à l'*incision* qu'il faut avoir recours, comme dans les abcès ordinaires; mais comme il s'agit d'un foyer situé souvent très profondément, on ne doit pas faire tout d'un coup une incision qui pénétrerait jusqu'à la poche hydatique ; il vaut mieux, après avoir divisé les couches superficielles, explorer avec le doigt les couches profondes, de manière à rechercher toujours la fluctuation avant de les diviser successivement. Le fait rapporté par le docteur Jannin est un exemple de l'innocuité de cette opération en pareille circonstance.

Lorsqu'il y a perforation du bassinet et expulsion des hydatides par les voies urinaires, on conseille de favoriser cette expulsion à l'aide des *diurétiques*, et cette pratique est trop simple pour qu'il soit nécessaire d'y insister. Mais nous avons vu plus haut que la difficulté du passage des acéphalocystes par un canal étroit peut donner lieu à certains accidents. Lorsque les hydatides sont arrêtées dans l'uretère, on observe la *colique néphrétique;* il faut alors insister sur les *diurétiques* et prescrire les narcotiques, l'*opium* en particulier, pour calmer les douleurs qui ne cessent complétement qu'après la sortie des vers vésiculaires du conduit trop étroit qu'ils doivent traverser. « Si, dit M. Rayer, un acéphalocyste, *engagé dans l'urètre*, obstruait complétement le canal, on en faciliterait l'expulsion en le déchirant ou en le perçant, comme M. Brachet l'a fait dans un cas. »

Enfin, *si l'ouverture du kyste se faisait dans le péritoine*, on opposerait à la *péritonite suraiguë* qui en serait la conséquence les moyens énergiques qui ont été indiqués à l'occasion de cette maladie (1).

(1) Voy. t. III, *Péritonite par perforation*.

ARTICLE XI.

STRONGLE GÉANT; SPIROPTÈRE; DACTYLIUS ACULEATUS.

Strongle géant. Cette espèce de ver, qui se rencontre très rarement, puisque M. Rayer a examiné trois mille reins d'homme et plus de cinq cents reins de chien sans le découvrir, se trouve néanmoins bien plus souvent chez ce dernier animal que chez l'homme. Il a une certaine ressemblance avec l'*ascaride lombricoïde*, avec lequel il a été fréquemment confondu. Voici ses caractères tels qu'ils sont donnés par M. Rayer : « Corps cylindrique, élastique, atténué aux deux extrémités; queue du mâle terminée par une bourse, du milieu de laquelle sort une verge unique. »

On ne sait rien sur les *causes* de cette production morbide vivante. Quant aux *symptômes*, ils sont ceux de l'inflammation du rein et surtout de l'inflammation du bassinet. Dans les cas cités par les auteurs, les vers étaient ordinairement expulsés avec les urines. Parfois néanmoins ils donnent lieu à l'inflammation de l'organe, qui se communique au tissu environnant, et de là un abcès lombaire, par l'ouverture duquel les vers sont expulsés. Dans quelques cas, et la première observation de M. Rayer (1) empruntée au docteur Moublet (2) en est un exemple bien remarquable, il y a à la fois issue de ces vers par les urines et par un abcès ouvert aux lombes.

Je n'ai pas besoin de décrire les symptômes dans les cas de tumeur inflammatoire. Ils ne paraissent différer de ceux que nous avons trouvés dans les cas analogues d'acéphalocystes, que par la plus grande violence de la douleur. On peut en juger par les exemples suivants :

M. le docteur Aubinais (3) a rapporté un cas de strongle géant observé chez un homme de cinquante-sept ans. Les symptômes furent une douleur rénale brûlante s'irradiant vers la vessie, des vomissements, de la fièvre. Les seuls moyens qui procurèrent du soulagement furent l'opium à haute dose, l'eau distillée de laurier-cerise, l'éther sulfurique et l'essence de térébenthine. Le malade mourut après trois ans de souffrances atroces. A l'autopsie on trouva le rein flasque, irrégulier, bosselé, et contenant un entozoaire encore vivant, rouge, du volume du petit doigt d'un enfant de trois ans, et d'un peu moins de seize pouces de long.

Un autre cas bien remarquable a été observé par M. le docteur Arlaud (4) sur une fille de vingt-six ans. Dans l'espace de deux ans la malade rendit un nombre considérable de ces animaux au milieu d'accidents très variés et de douleurs vives. Plusieurs fois les vers s'arrêtèrent dans le canal de l'urètre, et il fallut les extraire avec la pince de Hunter ou la pince à trois branches. Une fois la pince amena un tube membraneux à parois résistantes que M. Ségalas, rapporteur du mémoire de M. Arlaud, a reconnu pour l'enveloppe membraneuse d'un strongle très volumineux ; enfin, d'autres corps de texture fibreuse et charnue, dont l'un représentait le segment transversal d'un conduit de 4 centimètres de diamètre, et que le rap-

(1) T. III, p. 732.
(2) *Journ. de méd. et de chir.*, juillet 1758.
(3) *Journ. de la Société de méd. de la Loire-Inférieure*, 106e livr., 1846.
(4) *Observation de strongles géants sortis des voies urinaires d'une femme* (*Bulletin de l'Académie de médecine*; Paris, 1846, t. XI, p. 446).

porteur croit être un débris d'un organe voisin du rein ou du rein lui-même, mais sur lequel il ne se prononce pas définitivement.

Des hématuries fréquentes, des douleurs vives dans la région du rein droit, dans le trajet des uretères, dans la vessie, dans le membre abdominal droit, un état général de souffrance et de dépérissement, avec des alternatives de mieux et de plus mal, des phénomènes nerveux variés, sont les principaux symptômes que présentait la malade.

Quant aux cas où les strongles sont rejetés par les urines, leur entrée dans l'uretère peut occasionner les accidents de la *colique néphrétique*.

Le *traitement* du strongle qui ne donne pas lieu à la formation des abcès doit être cherché dans les moyens *anthelmintiques* que j'ai déjà indiqués (1). Les *abcès* causés par ces vers doivent être ouverts comme ceux qui résultent des acéphalocystes. Enfin *quand les entozoaires s'arrêtent dans le canal de l'urètre*, il faut les *extraire* avec la pince de Hunter ou la pince à trois branches, comme l'a fait M. Arlaud.

On a trouvé d'autres vers dans l'urine de l'homme. Ce sont le *spiroptère* (2) et le *dactylius aculeatus* (3). Mais il est plus que douteux que ces entozoaires vinssent des reins; M. Rayer doute même que les corps décrits sous le nom de spiroptères soient des vers; enfin, nous n'avons nécessairement que des données fort insuffisantes sur les symptômes que ces entozoaires peuvent produire: ce sont autant de motifs qui m'engagent à passer outre.

M. Rayer, qui n'a voulu négliger aucune des conditions anormales où se trouvent les reins, a en outre parlé du *déplacement de ces organes*, de l'*absence de l'un d'eux*, de leur *fusion*, etc.; mais ces vices congénitaux ne doivent pas nous arrêter dans un traité pratique. Je dirai seulement un mot de la *mobilité des reins*, sur laquelle nous possédions déjà des notions anciennes, mais dont M. Rayer nous a fourni des exemples bien plus précis et plus détaillés que ceux que nous connaissions.

ARTICLE XII.

MOBILITÉ DES REINS.

La mobilité des reins paraît n'avoir guère d'importance pour le praticien qu'en ce qu'elle peut donner lieu à des erreurs de diagnostic. Cependant elle cause des accidents peu graves en apparence, mais sérieux par leur continuité; et, d'un autre côté, il en résulte une tumeur pour laquelle on peut prescrire un traitement nuisible: il faut donc être prévenu, sous peine d'agir d'une manière préjudiciable au malade. En outre, enfin, un bon moyen de contention est une précaution très efficace. Ces raisons m'engagent à présenter intégralement le résumé qui nous a été donné par M. Rayer (4) des cas soumis à son observation.

« En résumé, dit-il, la mobilité des reins constitue un état morbide qui a été peu étudié et qui est beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense communément. Le

(1) Voy. *Vers intestinaux*.

(2) LAWRENCE, *Cas d'une femme qui a rendu un grand nombre de vers par l'urètre* (*Med.-chir. Transact.*; London, 1817, t. II, 3ᵉ édit., p. 385.

(3) CURLING, *Case of a girl*, etc. (*Med.-chir. Transact.*, t. XXII, 1839.

(4) *Traité des maladies des reins*; Paris, 1841, t. III, p. 800.

rein droit est presque exclusivement le siége de cette anomalie ; *elle est plus fréquente chez la femme* que chez l'homme.

» *Causes.* Le plus souvent elle coïncide avec une *augmentation de volume du foie*, avec un *déplacement de l'intestin*, ou avec un *déplacement de l'utérus ;* elle peut aussi être la conséquence d'une *disposition particulière du péritoine*, d'une *déviation du rein*, d'une *flexuosité de ses vaisseaux*, etc. Des *grossesses multipliées*, des *efforts* pour porter ou soulever des fardeaux, ont paru, dans quelques cas, être la cause de ce déplacement du rein droit, qui, dans d'autres cas, n'a pu être expliqué.

» *Symptômes.* Une *douleur* dans la région lombaire droite, se propageant quelquefois dans la direction des nerfs lombaires et cruraux, *douleur qu'on peut réveiller* lorsqu'elle est assoupie, en comprimant le rein avec les doigts de la main droite, la main gauche soutenant les lombes en arrière, et *un sentiment habituel de faiblesse et de malaise* dans le bas-ventre, sont les symptômes les plus ordinaires de cette maladie.

» Parfois il s'y joint les phénomènes d'une *péritonite* déterminée probablement par les tiraillements qu'entraîne la mobilité du rein. D'autres fois ce sont comme des *coliques nerveuses* et d'autres accidents analogues à ceux dont se plaignent les hypochondriaques, surtout lorsque les malades, en s'explorant le ventre, y ont rencontré une *tumeur* sur la nature de laquelle ils sont d'autant plus inquiets, que le plus grand nombre des médecins ne la connaissent pas. J'ai déjà dit que deux médecins atteints d'une semblable mobilité du rein droit étaient tombés dans un grand découragement, et que l'un d'eux, effrayé de ce qu'il portait une tumeur dans le ventre, tumeur qu'il croyait être une lésion organique, avait quitté momentanément sa profession.

» *Traitement.* Il est inutile de rappeler que les traitements les plus bizarres et quelquefois les plus douloureux ont été appliqués à ces prétendues tumeurs. L'expérience m'a démontré qu'il suffisait le plus souvent de *maintenir le ventre par une ceinture convenablement appliquée* pour faire cesser ou rendre supportable la douleur occasionnée par un rein mobile. Dans deux cas où cette mobilité coïncidait avec un *abaissement de l'utérus*, le *repos sur un lit horizontal* et l'emploi de *douches sulfureuses en arrosoir* ont été très salutaires.

» Lorsque les douleurs lombaires sont très aiguës, et lorsqu'il existe des symptômes de *péritonite* ou d'*entérite* concomitantes, l'application d'un certain nombre de *sangsues* ou de *ventouses scarifiées*, des *topiques émollients ou narcotiques* et les *bains tièdes* peuvent être momentanément utiles.

» Les exercices du corps, la course, la danse, le saut, l'équitation *sont nuisibles*. La *constipation*, lorsqu'elle existe, doit être combattue par des *laxatifs* pour prévenir les douleurs qu'amènent souvent les efforts de garde-robe. »

CHAPITRE II.

MALADIES DES CONDUITS URINAIRES.

On a vu plus haut les motifs qui m'ont engagé à séparer les affections du tissu propre des reins de celles qui ont leur siége dans les cavités où est versée l'urine.

Ce n'est pas que je regarde cette division comme tout à fait rigoureuse. Je sais bien qu'il est rare que ces diverses parties constituantes d'un même organe ne soient pas atteintes à la fois par la maladie ; mais celle-ci occupant, dans les divers cas, d'une manière presque exclusive une de ces parties, il m'a paru utile pour la clarté des descriptions de ne pas confondre, comme on le faisait anciennement, des affections qui, par cela seul qu'elles ont un siége particulier, ont aussi une gravité et des symptômes très différents, et, ce qui est plus important encore, exigent parfois, dans leur traitement, des moyens spéciaux. Je vais dans ce chapitre faire l'histoire des maladies suivantes : *hémorrhagie rénale ; pyélite aiguë et chronique ; gravelle ; calculs rénaux ; rétention de l'urine dans le rein.* Cette division est semblable, comme on le voit, à celle que j'ai suivie dans la description des *affections des voies biliaires* (1), avec lesquelles celles que je vais décrire ont une si grande analogie. La pyélite correspond, en effet, à l'*inflammation de la vésicule du fiel ;* les calculs rénaux, aux *calculs biliaires*, et la rétention de l'urine dans le rein, à la *rétention de la bile dans la vésicule.*

Dans l'histoire de la pyélite, on trouvera ce qui est relatif à l'inflammation du bassinet causée par la présence des calculs, c'est-à-dire à la *pyélite calculeuse* de M. Rayer et à la *néphrite calculeuse* des auteurs. Après la description des calculs rénaux, je présenterai tout ce qui est relatif aux accidents de la *colique néphrétique*, qui n'est une conséquence ni de la pyélite ni de la néphrite, comme on pourrait le croire si l'on s'en rapportait aux expressions des auteurs, mais qui, comme ces inflammations, est le résultat de l'irritation, de la déchirure, de l'obstruction opérées par des corps étrangers, et principalement par les calculs arrêtés dans la partie supérieure des voies urinaires.

ARTICLE Ier.

HÉMORRHAGIE RÉNALE.

On a, jusqu'à ces derniers temps, décrit sous le nom générique d'*hématurie* toutes les affections dans lesquelles du sang est rendu avec les urines, et un bon nombre d'auteurs se contentent encore de procéder de la même manière, se fondant sur la difficulté incontestable, dans certains cas, de reconnaître quelle est la partie des voies urinaires qui produit le sang excrété. Mais cette difficulté n'est pas insurmontable dans un très grand nombre de cas, et pour la pratique, les signes qui servent à caractériser les hémorrhagies ayant leur siége dans le rein lui-même sont loin d'être indifférents. Il faut donc aujourd'hui cesser d'envisager d'une manière trop générale l'hématurie, symptôme commun à plusieurs affections diverses, et rechercher dans les différents points des voies urinaires la véritable source du sang excrété.

Ce n'est pas, toutefois, qu'on n'ait fait depuis bien longtemps des efforts pour déterminer le siége de l'*hématurie*. Déjà Hippocrate avait cherché la solution de ce problème ; deux de ses aphorismes (2) et quelques passages de ses autres ouvrages en sont la preuve. Après lui Ruffus a cherché à établir la même distinction, et les auteurs des siècles passés, en suivant cet exemple, ont en outre rendu bien

(1) Voy. livre IV, *Affections des annexes des voies digestives*, chap. II, t. III, de cet ouvrage.
(2) *Œuvres complètes*, trad. par Littré ; Paris, 1844, t. IV, sect. IV, aphorismes 78 et 80.

plus complète la description de la maladie. M. Rayer (1) est l'auteur qui, dans ces derniers temps, a étudié avec le plus de soin les hémorrhagies rénales.

Des divisions assez nombreuses ont été proposées pour la description de cette hémorrhagie. Celle de Sauvages ne contient pas moins de onze espèces que je n'indiquerai pas ici, parce qu'il n'y a pas un véritable intérêt à connaître ces distinctions subtiles, fondées sur les circonstances les plus légères, comme le vomissement provoquant le pissement de sang, ou bien la couleur du liquide. Pinel avait proposé la division suivante : *Hématurie constitutionnelle ; H. accidentelle ; H. succédanée ; H. critique ; H. symptomatique.* Cette division, à quelques modifications près, est celle qui a été suivie par M. Rayer. Cet auteur admet en effet les trois espèces qui suivent : 1° *Hémorrhagies rénales symptomatiques des lésions des reins* ; 2° *Hémorrhagies rénales symptomatiques d'affections générales* ; 3° *Hémorrhagies rénales essentielles.* De ces trois espèces, la première correspond à l'hématurie symptomatique de Pinel ; la seconde et la troisième à l'hématurie constitutionnelle. L'hématurie critique n'est plus admise aujourd'hui.

Enfin, les auteurs du *Compendium* ont proposé de diviser les *néphrorrhagies* ainsi qu'il suit : 1° *Néphrorrhagie par altération des solides* ; 2° *N. par altération du sang* ; 3° *N. par simple lésion dynamique* ; 4° *N. traumatique.* Comme cette division ne fait que reproduire celle de M. Rayer en des termes moins généralement acceptés et compris, c'est celle de ce dernier auteur qui mérite d'être suivie. Du point de vue dont nous devons envisager l'affection, et d'après le plan de cet ouvrage, nous ne saurions cependant attacher une importance exagérée à cette division ; il nous suffira de rappeler, chemin faisant, ce qu'elle présente de plus important pour la pratique.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

Je donne le nom d'*hémorrhagie rénale* à celle qui, ayant le rein pour siége, a pour principal symptôme l'écoulement du sang avec l'urine. M. Rayer et les auteurs du *Compendium* veulent qu'on entende également par ce mot l'infiltration du sang dans le tissu du rein lui-même ou sous ses membranes, mais j'ai exposé plus haut les raisons qui m'ont porté à décrire séparément cette infiltration sous le nom d'*apoplexie rénale*, et les auteurs que je viens de citer ont été forcés eux-mêmes d'en faire autant dans le cours de leur article, ce qui prouverait que cette division est naturelle, quand même nous n'aurions pas pour le démontrer la différence des causes, des symptômes, de la marche, de la gravité de l'affection dans un nombre considérable de cas.

Cette maladie a été décrite sous les noms de *mictus cruentus ; mictio cruenta ; sanguinis mictio ; hématurie ; pissement de sang.* Borsieri (2) donne le nom d'hématurie proprement dite à celle qui a sa source dans le rein. J'ai dit plus haut les raisons qui doivent faire préférer les dénominations d'hémorrhagie rénale ou *néphrorrhagie.*

L'hémorrhagie rénale est loin d'être une maladie rare. Nous verrons plus loin que ses causes sont nombreuses et variées, et il n'est, par conséquent, pas étonnant

(1) *Traité des malad. des reins*, t. III, p. 326 et suiv.
(2) *Inst. med. pract.*, *De mict. cruento.*

que, sans pouvoir être rangée parmi les maladies les plus fréquentes, elle se présente assez souvent à l'observation. Nous verrons aussi que dans nos climats l'hémorrhagie essentielle est rare, tandis qu'elle est fréquente dans un climat particulier : celui de l'île de France.

§ II. — Causes.

Les causes de l'hémorrhagie rénale n'ont pas été exposées d'une manière nette par la plupart des auteurs. Préoccupés de leurs divisions, ils ont, en général, négligé de rechercher les *causes prédisposantes*, que plusieurs se sont contentés d'indiquer d'une manière sommaire. Voyons ce que nous fournit de plus important l'état actuel de la science.

1° Causes prédisposantes.

Age. Suivant Boyer (1), « tous les âges sont sujets à l'*hématurie*, cependant on l'observe plus souvent chez les adultes et les vieillards que chez les jeunes gens »; mais cette proposition n'est pas applicable à une des hémorrhagies rénales les plus curieuses, c'est-à-dire à l'hémorrhagie essentielle qui existe d'une manière *endémique* à l'île de France et dans quelques autres pays. Les docteurs Chapotin (2) et Salesse (3) ont, en effet, constaté que, dès l'âge le plus tendre, un très grand nombre de sujets étaient attaqués de cette hématurie.

Sexe. Il en est de même du sexe. Si, dans nos climats, il est vrai de dire que les hommes sont plus sujets que les femmes à cette affection, parce que les lésions des reins, principale cause de l'hématurie rénale, sont plus communes chez les premiers, il n'en est pas ainsi à l'île Maurice, où l'hématurie est si souvent essentielle.

Constitution ; tempérament. La constitution a été fort peu étudiée. On a dit, il est vrai, que les sujets affectés d'hématurie rénale sont, en général, faibles et d'une constitution détériorée; mais ces sujets ne sont observés qu'à une époque où la maladie des reins et la perte plus ou moins répétée de sang ont débilité l'organisme. Cette constitution acquise ne saurait, par conséquent, être rangée parmi les causes prédisposantes. Quant au tempérament, on s'est borné à dire que le tempérament sanguin et pléthorique prédispose à l'hématurie; mais cette assertion a grand besoin d'être confirmée.

Causes diverses. Viennent ensuite *une vie et une profession sédentaires*, une grande *irritabilité des organes urinaires*, les *excès de boissons alcooliques*, l'*abus des plaisirs vénériens*, les *affections morales vives* (Boyer). Il n'est pas besoin de dire que ce ne sont là que de pures assertions, fondées tout au plus sur des impressions générales. On a encore indiqué, comme ayant une influence marquée sur la production de l'hématurie, l'*âge critique* chez les femmes et une tendance au *flux hémorrhoïdaire* chez les deux sexes.

Saisons ; climats. Nous ne connaissons rien de positif relativement à l'influence des saisons. Quant aux climats, j'ai signalé plus haut la disposition toute particulière des habitants de l'île Maurice (île de France) à être atteints de l'hémorrhagie

(1) *Traité des maladies chirurgicales*, 4e édit., t. IX, p. 92.
(2) *Topogr. méd. de l'île de France*, 1812.
(3) *Diss. sur l'hémat. ou pissement de sang* : Thèse, Paris, 1834.

essentielle des reins. A Pavie, P. Frank a observé un cas d'*urine laiteuse* (1), et nous verrons plus loin que, dans les cas bien étudiés, cette espèce d'urine a été consécutive à une véritable hémorrhagie, ce qui pourrait porter à croire qu'une hématurie essentielle, comme celle de l'île Maurice, avait existé chez le sujet de cette observation. La même réflexion s'applique aux faits cités par les docteurs Sobrini, Simoni, Vallados, Roza, Meirelhes, dont M. Rayer a rapporté les opinions extraites d'un journal brésilien (*Revista fluminense*); peut-être aussi, comme le fait remarquer ce dernier auteur, faut-il regarder comme analogues aux faits signalés par les médecins de l'île Maurice et du Brésil ceux dont a parlé Chalmers (2), et qui ont été observés dans la Caroline du Sud.

Enfin, M. Rayer rapproche de ces hémorrhagies essentielles celles qui ont été étudiées dans la haute Égypte et dans la Nubie par le docteur Renoult (3), et que cet auteur attribue aux transpirations excessives, inévitables dans ce climat brûlant.

2° Causes occasionnelles.

Les *contusions*, les *plaies des reins* donnent ordinairement lieu à un écoulement de sang assez abondant par les voies urinaires. Les auteurs en ont cité de nombreux exemples. C'est là l'*hématurie rénale traumatique*.

Il faut rapprocher de ces causes les *efforts violents*, l'*équitation prolongée*, *un voyage dans une voiture rude*. Le docteur Arau (4) a cité des cas où la cause de l'hématurie n'a paru être autre que l'équitation. En pareil cas, c'est à l'ébranlement violent et prolongé éprouvé par les reins qu'on doit attribuer l'hémorrhagie, et, comme on le voit, il y a dans cette cause quelque chose de traumatique. On a vu l'hématurie se produire dans les *efforts de l'accouchement et du vomissement*; mais il n'est pas certain que, dans un bon nombre des cas de ce genre cités par les auteurs, l'hémorrhagie ait eu réellement sa source dans les reins.

C'est encore par un effet qui peut être considéré comme traumatique, que *des calculs, irritant la surface des bassinets*, la déchirant même, donnent lieu à une hématurie quelquefois assez abondante.

Le passage suivant de M. Rayer fera connaître un certain nombre d'autres influences auxquelles on a attribué l'hématurie rénale. « Je termine, dit cet auteur, en mentionnant simplement certaines causes qui, après avoir agi sur l'organisme, et en particulier sur le sang, déterminent des hématuries presque toujours fort légères. Ainsi on a vu des *individus frappés de la foudre* rendre de l'urine par l'urètre (5). Certains *médicaments âcres*, donnés à grande dose, produisent quelquefois des hématuries. C'est ainsi que les *cantharides* (6) occasionnent des pissements de sang, soit lorsqu'elles sont administrées à l'intérieur d'une manière immodérée, soit, dans quelques cas rares, après l'application de *larges vésicatoires*. Le *baume du*

(1) *Traité de médecine pratique*: Paris, 1842, t. I, p. 394.

(2) *An account of the weather and dis. of South Carolina*; London, 1776.

(3) *Notice sur l'hémat. qu'éprouvent les Européens dans la haute Égypte et la Nubie* (*Journ. gén. de méd.*, t. XVII).

(4) *Essai sur l'hématurie des militaires à cheval*; Paris, 1811.

(5) *Gaz. des hôp.*, 1831.

(6) PARÉ, *Œuvres complètes*; Paris, 1840, t. III, p. 326. — FORESTUS, *Obs. et cur. morb.*, t. II, p. 326.

Pérou paraît être dans le même cas. Par une mauvaise plaisanterie, dit P. Frank (1), on fit prendre à une personne du baume du Pérou pour du chocolat : au bout de quelques heures, il survint une hématurie.

« On a attribué des hématuries à l'usage immodéré de l'*ail* (Forest), des oignons, des asperges et des poireaux ; je n'ai rien vu de semblable.

» Je n'ai jamais observé de véritables hématuries comme effet d'un *empoisonnement saturnin*. Dans un seul cas de *colique saturnine*, que j'ai vu compliqué d'une hématurie, le pissement de sang a diminué graduellement pendant le traitement de la colique ; mais plusieurs fois j'ai remarqué, dans l'empoisonnement saturnin, que l'urine était chargée d'une certaine quantité d'albumine. »

Outre que la véritable influence de la plupart de ces causes est loin d'être bien déterminée, il est une réflexion qui s'applique aux divers cas qui viennent d'être mentionnés : c'est qu'il n'est nullement démontré que les hématuries causées par ces agents eussent leur source dans les reins, et que pour la plupart des cas, au contraire, on peut présumer que le sang provenait de la vessie.

Dans les cas où l'on a vu l'hématurie succéder à l'usage immodéré de *diurétiques* autres que les cantharides, on peut néanmoins admettre que c'est par les reins que leur action s'est fait principalement sentir.

L'usage des *drastiques* a été également classé parmi les causes de l'hématurie.

On a encore cité la *rétrocession de la goutte, du rhumatisme, des dartres*, et même *de la gale* ; mais en examinant les faits, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'on s'est laissé abuser par de simples coïncidences.

Comme dans toutes les hémorrhagies, nous retrouvons ici l'*oubli d'une saignée habituelle*, la *suppression des hémorrhoïdes* et *des menstrues*, ou de tout autre flux *sanguin habituel*. On a cité des exemples de ces différentes causes, et parmi eux on en trouve dans lesquels l'hématurie était *périodique*, comme le flux qu'elle remplaçait (les menstrues principalement). L'hématurie déterminée par ces causes est celle que Pinel a nommée *succédanée*. Notons néanmoins ici que, dans un bon nombre des cas cités, il est permis de croire que le sang venait de la vessie ; mais les auteurs ayant confondu les diverses hémorrhagies des voies urinaires sous le nom d'*hématurie*, il est difficile et souvent même impossible de distinguer les cas.

Il est encore d'autres causes signalées comme déterminantes de l'hémorrhagie rénale ; je vais les indiquer, en étudiant les conditions organiques dans lesquelles se produit cette affection.

3° Conditions organiques.

Nous avons vu plus haut l'hématurie rénale se produire dans les plaies, les contusions, les déchirures des reins. Dans ces cas, l'écoulement de sang par les urines s'explique de lui-même.

Suivant M. Rayer, les *inflammations des reins* et même la *néphrite simple* peuvent donner lieu par elles-mêmes à l'hématurie ; mais il faut se rappeler que cet auteur range parmi les néphrites simples celles qui sont déterminées par la présence des calculs rénaux. C'est dans ces dernières néphrites qu'on observe l'hématurie, et l'irritation, la déchirure de la membrane des bassinets et des uretères rendent

(1) *Traité de médecine pratique*, t. I, p. 553.

compte du pissement de sang aussi bien que les causes précédentes. Mais si l'on examine les faits cités par cet auteur, on n'en trouve pas un seul qui démontre d'une manière satisfaisante que l'hématurie peut être la conséquence de la *néphrite simple spontanée.* On ne pourrait tout au plus alléguer qu'une seule observation citée par Latour (1) ; mais en étudiant ce fait, on voit qu'il est impossible de dire non-seulement s'il y avait inflammation des reins, mais encore si le sang provenait réellement de ces organes. Il s'agit, dans ce cas, d'un sujet qui, vers la fin d'une pneumonie grave, fut pris d'une hématurie assez abondante, à la suite de laquelle les symptômes pectoraux ne tardèrent pas à se calmer et à disparaître. C'est là un exemple d'hématurie regardée comme *critique*, espèce que je n'avais pas encore suffisamment indiquée. On trouvera sans doute qu'avant d'admettre l'existence de ces hématuries critiques, il faudrait avoir des faits plus nombreux et plus concluants.

Nous avons vu plus haut que le *cancer* des reins donne fréquemment lieu à l'hématurie rénale ; on a cité encore les *abcès* et les *ulcères*. Les affections qu'on a désignées sous ce dernier nom ne sont autre chose que la suite des abcès ou de véritables cancers.

M. Rayer (2) a décrit une espèce particulière de pyélite sous le nom de *pyélite hémorrhagique.* Lorsque je traiterai de la pyélite, je reviendrai sur cette espèce.

Les hémorrhagies rénales que je viens d'indiquer sont celles que M. Rayer a rangées dans son second groupe sous le nom d'*hémorrhagies rénales symptomatiques* de lésions des reins, et que les auteurs du *Compendium* ont nommées *néphrorrhagie par altération des solides*, en les joignant, bien entendu, aux blessures, aux plaies, etc. Elles font partie de l'ordre décrit par Pinel et par un bon nombre d'autres auteurs sous le nom d'*hématuries symptomatiques.*

Dans un second groupe, M. Rayer range les *hémorrhagies rénales symptomatiques d'affections générales.* Ces hémorrhagies ne sont donc qu'un simple symptôme d'affections souvent fort graves, et dans lesquelles nous aurons à les étudier avec soin. Mais il est des cas où l'hémorrhagie rénale acquiert une telle violence, qu'elle est l'accident le plus important de la maladie. C'est ainsi que dans le *purpura hæmorrhagica* on a vu des pertes de sang, effrayantes par leur abondance, se faire par les voies urinaires en même temps que par d'autres voies. En pareil cas, l'hémorrhagie réclame du médecin une attention toute particulière.

On voit aussi parfois des hémorrhagies plus ou moins graves survenir dans le cours de certaines *varioles*, ou d'autres *exanthèmes fébriles* de même nature ; dans le cours de la *fièvre jaune*, etc. Je ne fais que mentionner rapidement ces faits, parce qu'en pareil cas l'hématurie n'est qu'un phénomène secondaire qui n'a de véritable importance que dans l'histoire de la maladie dans laquelle elle se produit. La *condition organique* de cette espèce d'hématurie est, suivant les auteurs du *Compendium*, une *altération du sang* constituée par la diminution de la fibrine. Il est certain que, dans les maladies que je viens d'indiquer, et dans plusieurs autres mentionnées par les auteurs, la diminution de la fibrine a été constatée par l'expérience ; mais pour bien fixer notre opinion sur le cas

(1) *Hist. phil. et méd. des hémorrh.*, t. II, p. 84.
(2) T. III, § 869.

particulier qui nous occupe, il serait à désirer qu'une observation très sévère vînt nous apprendre à quelle époque précise de la maladie principale se manifeste l'hématurie, et quel est le rapport de sa fréquence avec le degré de diminution de la fibrine.

Restent enfin ces *hémorrhagies rénales essentielles* que nous avons vues se manifester dans certains climats. On n'a point fait de recherches suffisantes pour découvrir les conditions organiques propres à ces hémorrhagies. On les a, il est vrai, désignées sous le nom d'*hémorrhagies par cause dynamique ;* mais ce n'est là qu'un mot par lequel nous voudrions vainement masquer notre ignorance.

J'ai cru qu'il était utile d'entrer dans quelques détails sur ces conditions organiques, parce que, si nous ne trouvons pas encore dans la plupart d'entre elles des indications précises pour la pratique, on peut prévoir l'époque où, les connaissant mieux, il sera plus facile d'expérimenter les agents thérapeutiques, et l'on aura plus de chances d'arriver à un résultat utile.

§ III. — Symptômes.

On a décrit séparément l'hémorrhagie rénale observée dans nos climats, et celle qui est endémique dans certaines contrées. Celles-ci présentent, sans doute, des particularités qui méritent d'être connues; mais comme ces particularités ne dominent pas toute l'histoire de la maladie, et que j'en ai déjà fait connaître quelques unes en parlant des *causes*, il suffira de signaler dans le cours de cette description celles qui me restent à mentionner.

Début. Dans les hémorrhagies rénales qui ont pour cause une altération des reins, l'apparition du sang dans l'urine est souvent précédée de douleurs plus ou moins vives dans ces organes. Dans celles, au contraire, qu'on a nommées essentielles, il n'est pas rare de voir la présence du sang dans le liquide urinaire annoncer l'existence de la maladie sans que rien ait pu faire prévoir son début. Quelquefois cependant une pesanteur et un sentiment de chaleur dans la région lombaire, symptômes communs aux diverses hémorrhagies dites *actives*, précèdent de quelques jours le pissement de sang. Chez certains sujets affectés de cancer des reins, l'hématurie est le premier symptôme qui ait fait soupçonner la maladie.

Symptômes. Comme dans toutes les hémorrhagies dans lesquelles le sang est rejeté au dehors, l'écoulement de ce liquide est le symptôme sur lequel doit être presque uniquement fixée l'attention du médecin.

L'*écoulement du sang* est très variable sous le rapport de la quantité, non seulement suivant les cas, mais encore ordinairement aux diverses époques de la maladie. Quelquefois, en effet, le sang est en si petite quantité, qu'on ne le découvre pas dans l'urine au premier aspect, et qu'il faut, pour en démontrer la présence, recourir à des moyens d'exploration qui seront exposés plus loin. Quelquefois, au contraire, la quantité de sang est si énorme que les malades en rendent une ou plusieurs livres dans la journée. Ce sont ces derniers cas qui intéressent principalement le praticien. On les observe principalement chez les sujets affectés d'*hémorrhagie essentielle*, car lorsqu'il existe des lésions organiques évidentes, il est rare que l'hématurie ne soit pas ou faible ou modérée, et lorsqu'il en est ainsi, c'est, comme l'ont fait remarquer tous les auteurs, la maladie organique qui doit fixer l'attention.

Il résulte de cette différence dans la quantité du sang rejeté, une différence extrême dans l'*aspect des urines sanglantes*. Parfois le sang est en si grande proportion, qu'on pourrait croire qu'il est rendu pur; mais cet aspect n'existe qu'au moment même de l'émission, car si on laisse reposer le liquide, on voit se déposer un sédiment formé par le sang, au-dessus duquel se trouve l'urine teinte en rouge plus ou moins foncé. On trouve ordinairement des *caillots* d'un volume variable dans le liquide. Ces caillots sont noirs, d'une fermeté différente suivant les cas. Ils sont parfois très considérables. « Dans les hématuries rénales abondantes, dit M. Rayer, le sang se coagule le plus souvent dans son trajet, soit dans la cavité des uretères, soit dans la vessie. Cette coagulation s'opère de manière qu'un grand nombre de globules sanguins restent enchevêtrés dans les caillots fibrineux, qui, lorsqu'ils sont expulsés au dehors, sont plus souvent noirâtres que décolorés. » Cette dernière proposition nous montre que parfois des caillots fibrineux, *gélatiniformes*, sont rendus par les urines. Lorsque l'hémorrhagie tire à sa fin, et que les urines commencent à devenir limpides, on aperçoit quelquefois encore à l'œil nu, dans le liquide, des *concrétions fibrineuses filiformes*, qui parfois demandent l'emploi du microscope pour être reconnues.

La *forme des caillots sanguins* mérite, dans quelques cas, l'attention du médecin. Il en est qui, arrêtés dans l'uretère ou dans l'urètre, se moulent sur ces conduits et sortent avec une forme allongée qui les fait ressembler à des vers. Il faut être prévenu pour n'être pas exposé à l'erreur et croire à la sortie d'un *ascaride lombricoïde ou d'un strongle*. C'est là ce que Winter, cité par M. Rayer, a nommé *mictus cruentus vermiformis*. Ce dernier auteur ajoute : « On a vu, dit-on, l'urine creuser dans leur partie moyenne ces concrétions qui, devenues tubuleuses, ont permis le passage de l'urine. »

Il peut arriver, comme je l'ai dit plus haut, qu'à la simple vue l'urine ne paraisse contenir ni globules sanguins ni caillots fibrineux, en d'autres termes, qu'elle paraisse naturelle. Si c'était là toute l'hémorrhagie, cette affection n'aurait pas par elle-même un intérêt réel pour le praticien, car ce fait ne se montre que dans des cas où la présence du sang dans l'urine n'est qu'un symptôme d'une affection plus grave qui absorbe l'attention. Mais dans les hématuries sérieuses, il y a certains moments où l'urine redevient limpide ou presque limpide, et il n'est pas indifférent, on le comprendra sans peine, de savoir si toute trace de sang a disparu, ce qui peut faire espérer la guérison, ou s'il en reste encore, quoiqu'en petite quantité, ce qui peut faire craindre un retour de l'hémorrhagie.

« A la vérité, dit M. Rayer, de telles urines ne sont jamais parfaitement transparentes comme l'urine saine, mais quelquefois elles offrent une teinte rosée si douteuse, qu'on ne pourrait affirmer qu'elles contiennent une certaine quantité de sang, ou au moins de ses principaux éléments, si l'*inspection microscopique* ne montrait dans ces urines un certain nombre de globules sanguins. Si l'on remplit un tube long de 5 à 6 pouces et de 10 lignes de diamètre avec ces urines, le petit nombre de globules qu'elles contiennent se précipite au fond du tube, où ils forment un dépôt rougeâtre qui surmonte les autres éléments du sédiment, et notamment le pus, lorsqu'il en existe. Dans ces urines, *toujours plus ou moins chargées d'albumine*, quelquefois il n'y a pas de trace de fibrine coagulée; d'autres fois on y

aperçoit à l'œil nu, et mieux à l'inspection microscopique, des filaments d'apparence fibrineuse.

« . . . . . L'urine sanguinolente *se coagule par la chaleur et précipite par l'acide nitrique*, et elle offre au microscope des *globules* d'un 120e de millimètre environ, lenticulaires, jaunâtres, paraissant avoir un noyau central, se dissolvant immédiatement dans l'acide acétique, insolubles dans l'eau et dans l'acide nitrique. Au bout d'un certain temps, ces globules deviennent irréguliers dans l'urine et quelquefois s'y décolorent. »

Le même auteur a constaté que dans l'*hématurie essentielle endémique de l'île Maurice*, le sédiment était presque entièrement composé de sang, ou au moins de globules sanguins et d'*acide urique cristallisé*, et de plus il a remarqué maintes fois que dans les hémorrhagies rénales dues aux *calculs rénaux* et au *cancer*, l'urine rendue trois heures après le repas était plus chargée de sang qu'à aucune autre heure de la journée.

Il n'est pas rare de voir l'hématurie avoir lieu sans aucune espèce de *douleur* qui lui soit propre. Dans certains cas néanmoins, les douleurs rénales signalées au début de la maladie persistent sans qu'on en trouve d'autre cause que l'hémorrhagie rénale elle-même ; et, dans d'autres, les choses se passent d'une manière qui mérite d'être mentionnée particulièrement. Des caillots peuvent s'amasser dans le bassinet, ou, étant trop volumineux pour traverser l'uretère, obstruer ce conduit. La douleur est alors vive et prend les caractères de la *colique néphrétique* qui seront exposés plus loin. C'est surtout dans les cas de ce genre qu'on voit sortir, avec les urines, des caillots remarquables par leur décoloration plus ou moins complète, indice de leur séjour prolongé dans les voies urinaires.

Tels sont les symptômes qu'on peut regarder comme appartenant, d'une manière toute particulière à l'hémorrhagie rénale. Ceux qu'il nous reste à indiquer se trouvent dans toutes les hémorrhagies, et la plupart sont consécutifs.

Chez quelques sujets, l'écoulement de sang par les voies urinaires est précédé d'un sentiment général de plénitude, de somnolence après les repas, de difficulté des digestions, d'une tendance aux palpitations, d'une plénitude du pouls plus ou moins marquée, et l'on a vu ces symptômes se dissiper après une perte de sang un peu abondante. C'est là l'hémorrhagie rénale *par pléthore*, qui ressemble à toutes les hémorrhagies qui se produisent dans les mêmes circonstances, quel que soit leur siége. Les cas de ce genre sont extrêmement rares dans l'hématurie, et l'on peut soupçonner bien des auteurs d'en avoir admis l'existence plutôt d'après des idées théoriques qu'en se fondant sur l'observation. Ces hématuries ont aussi été désignées généralement sous le nom d'*actives*.

Comme dans la plupart des hémorrhagies, l'apparition du sang peut causer une vive émotion aux malades, et de là les *phénomènes nerveux* décrits à propos de l'*hémoptysie*. Mais dans la très grande majorité des cas, l'appréhension est infiniment moins grande que dans le crachement de sang. On a bien plutôt à craindre le découragement, l'abattement, l'hypochondrie, lorsque la perte de sang se répète, et cet état moral peut ajouter encore à la gravité de la maladie.

Lorsque les pertes de sang ont été très abondantes, ou, ce qui est bien plus ordinaire, lorsqu'elles se sont reproduites fréquemment, on voit survenir les sym-

ptômes de l'*anémie* (1). Dans l'*hématurie essentielle endémique*, on voit, si les hémorrhagies sont abondantes et répétées, les sujets pâlir, devenir languissants, et parfois même, chez les enfants, le développement se ralentir. Ces derniers cas sont rares. L'*œdème* peut se présenter chez les sujets rendus anémiques par les hématuries rénales ; mais M. Rayer a remarqué qu'il n'était pas comparable à celui qu'on observe quelquefois dans les hématuries dues au *cancer de la vessie*.

Hématurie rénale interne. Je n'ai parlé, jusqu'à présent, que des cas où le sang est plus ou moins facilement expulsé avec l'urine. Mais il peut arriver, comme dans les autres hémorrhagies qui ont pour siége des organes creux, que ce liquide éprouve un obstacle à sa sortie soit dans l'uretère, soit dans la vessie, et qu'il s'accumule alors dans les parties situées au-dessus de l'obstacle en causant divers accidents.

Je ne connais pas un seul cas dans lequel il soit démontré que l'hémorrhagie rénale interne a eu lieu sans que préalablement il y ait eu écoulement de sang avec les urines. Ordinairement, à une hémorrhagie externe, durant depuis un temps plus ou moins long, succède l'hémorrhagie interne, qui cesse momentanément par l'expulsion d'une assez grande quantité de sang, et se produit ensuite. Une observation recueillie par M. Danyau, et citée par M. Rayer, est un exemple de reproduction répétée de cet accident.

Lorsque l'hémorrhagie devient interne, c'est-à-dire lorsque le sang, cessant de s'écouler avec les urines, s'accumule dans le bassinet, l'uretère ou la vessie, on n'observe pas ces phénomènes terribles de certaines hémorrhagies internes très abondantes, comme celles qui ont lieu dans les intestins ou l'utérus. Cela tient évidemment à ce que les hémorrhagies rénales n'ont presque jamais cette abondance extrême qui rend si promptement funestes celles que je viens de mentionner. Le sang s'accumule avec lenteur dans les voies urinaires, et cause d'abord si peu de dérangement, que l'urine devenant limpide, des sujets ont pu se croire guéris et reprendre leurs occupations.

Mais lorsque ce liquide a distendu la cavité où il se trouve retenu, on observe des symptômes importants à étudier. *Si l'obstacle est à la partie supérieure de l'uretère*, le sang s'accumule dans le bassinet et distend considérablement le rein. Il existe alors une *douleur* persistante dans la région rénale du côté malade ; parfois cette douleur s'étend à toute la région lombaire et à la paroi antérieure de l'abdomen. A cette douleur se joint un sentiment marqué de *pesanteur*, et l'affection faisant des progrès, on peut, par la *palpation*, reconnaître l'existence d'une tumeur souvent très volumineuse. Martineau (2), cité par M. Rayer, a pu, en effet, prendre cette tumeur pour une hydropisie, et ayant pratiqué la paracentèse, il a vu s'écouler une énorme quantité de sang qui provenait du rein distendu, comme le prouva l'autopsie.

Si l'obstacle est dans un point de l'uretère plus ou moins voisin de la vessie, les choses se passent de la même manière, sauf que la partie de ce conduit située au-dessus se laisse distendre énormément, et peut, par là, donner une forme et une situation particulières à la tumeur.

Le sang peut *s'accumuler aussi dans la vessie*, et cela sans qu'il y ait même

(1) Voy. article *Anémie*, t. II.
(2) *Med. com.*, vol. IX.

d'autre obstacle que la présence de caillots volumineux qui ne peuvent pas franchir l'urètre. En pareil cas, il y a tantôt rétention d'urine, tantôt issue d'une petite quantité d'urine colorée en rouge par le sang, tantôt même émission d'une urine qui a toutes les apparences de l'état normal. Mais, quels que soient les caractères de ce liquide, on observe toujours une *tension*, une *pesanteur*, souvent même une *douleur* marquée vers l'hypogastre, le périnée, le rectum. Il y a de *fréquentes envies d'uriner*, le malade est en proie à une *anxiété* plus ou moins vive. La *palpation* et la *percussion* de l'abdomen sont alors d'un grand secours ; elles permettent, en effet, de reconnaître, lorsque la quantité du sang et de l'urine accumulés est considérable, la présence, à l'hypogastre, d'une tumeur globuleuse, rénitente, qui s'élève vers l'ombilic, tumeur que nous retrouverons dans la description de la rétention d'urine, où elle sera décrite avec soin.

Un écoulement considérable de sang avec l'urine fait souvent, comme nous l'avons vu plus haut, cesser tous ces accidents ; mais si l'accumulation continue à se faire dans les voies urinaires, le sujet *s'affaiblit* de plus en plus, son *pouls* est faible et accéléré ; la *pâleur*, le *dépérissement* augmentent avec une rapidité ordinairement assez grande, et la mort est sinon causée par cette perte interne, du moins notablement accélérée.

Urine chyleuse. Il faut donner ici la description de cet état particulier de l'urine, parce que, comme je l'ai dit plus haut, il est lié d'une manière évidente à l'hémorrhagie rénale. M. Rayer étant le seul qui l'ait convenablement étudié, je n'ai rien de mieux à faire que de donner un extrait de ses recherches sur ce point.

« En vingt-quatre heures, dit M. Rayer, dans un même jour, les malades rendent le plus souvent deux espèces d'urines : l'une, examinée à l'œil nu et au microscope, offre tous les caractères d'une urine sanguinolente (globules sanguins, caillots fibrineux, albumine) ; l'autre, qui paraît être en général formée quelques heures après la digestion, est d'un rouge pâle, et abandonnée à elle-même, elle se sépare en deux parties, dont l'une inférieure paraît sanguinolente, tandis que l'autre, supérieure, est louche et d'un blanc laiteux ou complétement opaque. Si l'on examine au microscope une certaine quantité de cette urine d'un blanc laiteux, quelquefois on n'y aperçoit ni globules sanguins, ni matière grasse en globules ; d'autres fois, au contraire, on y remarque un assez grand nombre de globules jaunâtres, aplatis, tout à fait semblables aux globules sanguins, se dissolvant, comme eux, dans l'acide acétique. Quant à la *matière grasse*, elle ne se présente pas sous forme globuleuse. Je n'ai point observé, non plus, de globules grenus de pus ; mais on pourrait y en rencontrer, s'il y avait une inflammation concomitante des voies urinaires.

» *Si l'on traite par l'éther* une certaine quantité de cette urine chyleuse contenant ou non des globules sanguins, elle devient, au bout de quelques heures, complétement transparente, et l'éther employé, soumis à l'évaporation spontanée sur des verres de montre, y laisse déposer une quantité considérable de matière grasse.

» L'urine ainsi débarrassée de la matière grasse, *traitée par l'acide nitrique et la chaleur*, donne des grumeaux ou un coagulum d'albumine.

» Cette même urine, après la coagulation de l'albumine par la chaleur, filtrée et évaporée à consistance sirupeuse, traitée à froid par l'acide nitrique, donne un magma ou des cristaux de *nitrate d'urée*.

« En examinant cette urine chyleuse comparativement avec un mélange d'urine saine et du chyle rosé recueilli dans le réservoir de Pecquet, chez un cheval, l'analogie de ces deux liqueurs, de l'urine chyleuse artificielle et de l'urine chyleuse de l'homme, m'a paru des plus frappantes. Dans l'un et l'autre de ces liquides, on distinguait des globules qui offraient le caractère des globules sanguins; dans l'un et l'autre, il y avait de l'albumine et une petite quantité de fibrine; enfin tous deux contenaient une quantité considérable de matière grasse.

» Quant aux urines albumino-graisseuses, elles ressemblaient à une urine dans laquelle on aurait ajouté les éléments organiques du chyle, moins ses globules. Cette espèce d'urine chyleuse, considérée dans ses rapports avec le chyle, était évidemment analogue aux urines albumineuses qui dérivent du sang.

» Dans un cas cité plus haut (1), et dans un autre que j'ai rapporté ailleurs (2), il a été constaté que cette espèce d'hématurie, avec urine chyleuse, coïncidait avec une altération particulière du sang dont la constitution se rapprochait beaucoup de celle du chyle du canal thoracique. Des recherches ultérieures prouveront jusqu'à quel point cette liaison, que je crois probable, est constante.

» Plusieurs individus offrant cette urine chyleuse jouissaient en apparence d'une bonne santé : un seul, à ma connaissance, et dont j'ai rapporté l'histoire, était atteint d'une *goutte sereine ;* affection tout exceptionnelle, qui ne m'a pas paru avoir de liaison avec l'altération de l'urine et l'altération probable du sang. Deux des malades qui offraient une urine chyleuse étaient sujets à la goutte, et chez tous la coïncidence d'une *gravelle urique* ou d'un *sédiment d'acide urique cristallisé* dans l'urine a été notée. Ce cas, et d'autres cas analogues, dans lesquels certaines dispositions morbides de la constitution se sont manifestées par des formes maladives différentes, et dans des appareils d'organes différents, appartiennent à un ordre de faits que les pathologistes et les thérapeutistes ne peuvent trop méditer. »

Je viens d'exposer les symptômes de l'hématurie rénale, suivant les diverses formes qu'elle peut présenter. Il me resterait maintenant à décrire ceux qui viennent les compliquer dans les divers cas, et qui sont dus aux maladies souvent si graves, dont l'hématurie rénale n'est ordinairement qu'une conséquence. Mais ces symptômes, tout le monde les aura présents à l'esprit quand on se rappellera que l'hématurie rénale est principalement causée par les violences extérieures, les calculs rénaux ou le cancer. J'aurai d'ailleurs occasion d'en dire un mot, lorsque dans le diagnostic je rechercherai la cause organique du pissement de sang.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est très variable, suivant les cas. Cependant on peut, d'une manière générale, dire que le caractère de l'hématurie rénale est de se produire à des intervalles plus ou moins longs. Les alternatives d'apparition et de cessation de l'hémorrhagie se renouvellent ordinairement un grand nombre de fois, surtout dans les affections organiques chroniques, comme le *cancer du rein*.

Les auteurs ont rapporté plusieurs faits où, comme je l'ai dit plus haut, l'hé-

(1) *Traité des malad. des reins*, t. III, obs. XVIII.

(2) *Recherch. sur les urines chyleuses, laiteuses et huileuses observées en Europe* (Journ. l'Expérience, p. 1, p. 037).

morrhagie rénale était *succédanée* d'autres flux sanguins dont le caractère est de se produire périodiquement ou presque périodiquement, comme les *menstrues* et certaines *hémorrhoïdes*. En pareil cas l'hématurie rénale est *périodique*, comme le flux qu'elle remplace. Il faut remarquer toutefois que, dans un bon nombre de cas cités comme exemples de cette hématurie succédanée, il n'est nullement certain que l'hémorrhagie eût sa source dans les reins.

L'hématurie *essentielle*, et principalement l'hématurie rénale *endémique* de l'île de France, se montre bien plus fréquemment que toute autre d'une manière continue et *chronique*. Mais encore faut-il dire qu'il y a dans l'abondance du sang trouvé dans les urines des variations qui se produisent non seulement à divers intervalles, mais encore journellement, et qui sont parfois très considérables. On n'a point fait de recherches suffisantes pour savoir à quelle période des diverses maladies qui lui donnent lieu cette hémorrhagie est plus ou moins abondante.

La *durée* de l'hémorrhagie est indéterminée dans la plupart des cas. Dans les affections organiques des reins, elle peut se prolonger jusqu'aux derniers jours de l'existence, qu'elle contribue à abréger. Lorsqu'elle est causée par des calculs, elle cesse si ces corps étrangers cessent eux-mêmes d'irriter les parties qui les renferment, mais c'est ordinairement pour se reproduire aussitôt que cette irritation recommence.

Dans l'*hématurie endémique*, la durée peut être de plusieurs années, et parfois l'hémorrhagie est suivie d'une excrétion d'urine chyleuse, ce qui peut être considéré comme la continuation de l'hémorrhagie, sous une autre forme.

Le caractère de l'hématurie rénale critique est de ne durer qu'un très court espace de temps : quelques jours, ou même quelques heures. Mais nous avons vu plus haut combien l'existence même de cette espèce est douteuse.

Il faut encore établir les mêmes distinctions lorsqu'on recherche la *terminaison* de la maladie. L'hématurie rénale symptomatique d'une affection organique peut, comme nous l'avons vu, donner la mort par elle-même ; mais ordinairement elle ne fait que hâter la terminaison fatale due à la maladie principale, en jetant les malades dans un dépérissement rapide. On a vu quelques hématuries disparaître pour ne plus revenir : ce sont surtout celles qu'on a attribuées à la pléthore, et qu'on a désignées principalement sous le nom d'hématuries *actives ;* mais, dans les cas cités, le sang provenait-il réellement des reins ?

Il est rare que l'*hématurie endémique* se termine par la mort. Ou bien la maladie, qui s'est développée dans l'enfance, cesse après une ou plusieurs années de durée, ou bien elle se transforme en *flux chyleux* qui peut persister jusqu'à un âge avancé.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques ne doivent pas nous occuper longtemps. Lorsque le sang a trouvé une libre issue, on ne voit dans les reins qu'une simple congestion dans quelques cas ; dans d'autres, ce sont des ecchymoses à la surface de ces cavités, ou bien un cancer, des calculs ; ou enfin, comme dans plusieurs cas d'hémorrhagies essentielles, on ne trouve pas ces organes altérés d'une manière notable.

Parfois on trouve du sang accumulé dans le bassinet. C'est qu'alors il existe un

obstacle au cours de ce liquide, ce que l'autopsie fait reconnaître : c'est un calcul, un acéphalocyste, un simple caillot volumineux engagé dans l'uretère sans pouvoir le franchir, une tumeur comprimant ce conduit, etc. Si l'obstacle est situé dans un point inférieur de l'uretère, on trouve en outre toute la partie supérieure de ce conduit dilatée à un très haut degré. Enfin, on peut voir du sang en caillots accumulé dans la vessie.

Lorsque le sang s'est accumulé lentement dans le bassinet, il est ordinairement noirâtre et fluide, ou ne présente qu'une quantité proportionnelle de caillots peu considérable ; il est parfois comme décomposé et fétide. Si l'accumulation s'est faite rapidement, les caillots sont beaucoup plus abondants.

La distension du rein, par le sang accumulé dans son intérieur, est quelquefois extrême, comme nous l'avons vu plus haut. Ce fait ne s'est présenté que lorsque l'hémorrhagie interne s'est effectuée lentement. On trouve alors l'organe aminci et transformé en une vaste poche qui occupe une grande partie de l'abdomen.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Dans les cas où le sang s'écoule librement au dehors et avec une certaine abondance, rien n'est évidemment plus facile que de reconnaître l'hématurie. Mais l'hémorrhagie provient-elle des reins? c'est là où commence la difficulté.

Et d'abord on peut se demander si le sang n'a pas sa source dans un des *uretères*. Les cas sont très rares où ces conduits sont le siége d'une hémorrhagie. Cependant on en a cité des exemples, et M. Rayer en a rapporté de remarquables. Disons tout de suite que la question est insoluble dans l'état actuel de la science, et que lorsque l'hémorrhagie des uretères s'est présentée à l'observation, il a été impossible de lui assigner son véritable siége. Les cas de ce genre appartiennent à l'hématurie déterminée par un calcul ; ils sont rares.

Il est moins difficile de s'assurer que le sang provient des reins et non de la *vessie*. Cependant il est des cas où ce diagnostic offre aussi de grandes incertitudes. Voici comment M. Rayer s'exprime à ce sujet : « Si l'on excepte le cas de *fongus de la vessie*, de *cystite calculeuse* et de *tubercules de la vessie avec cystite*, maladies dont le diagnostic n'offre pas en général de grandes difficultés, il y a peu de cas dans lesquels on puisse supposer que le sang rendu avec l'urine est fourni par la vessie. Cependant on voit des hématuries provenant des reins simuler des hématuries provenant de la vessie, et *vice versâ*. J'ajoute que, lorsque l'hématurie est vésicale, elle est bien rarement essentielle, et qu'elle est presque toujours précédée des symptômes propres à d'autres maladies de la vessie, à la *cystite* simple ou calculeuse, au *cancer*, etc. Cependant on a cité quelques cas d'hématurie remplaçant un flux hémorrhoïdal, et dans lesquels la douleur et les principaux accidents paraissaient circonscrits dans l'hypogastre. » On voit que ce diagnostic est vague, mais il serait difficile de le préciser davantage. Ce qu'il faut remarquer d'une manière générale, c'est que les troubles fonctionnels et les symptômes locaux, soit des reins, soit de la vessie, sont d'un grand poids quand il s'agit de déterminer la véritable source du sang, mais que, dans quelques cas, ces signes eux-mêmes sont trompeurs. J'aurai, du reste, occasion de revenir sur ce diagnostic quand j'aborderai les affections de la vessie.

Dans les hémorrhagies du rein, le sang ne sort pas pur, ainsi que nous l'avons vu plus haut ; c'est là ce qui les distingue principalement des *hémorrhagies urétrales*, dans lesquelles d'ailleurs le sang s'écoule en bavant, sans efforts d'excrétion urinaire. On peut encore, s'il reste quelques doutes, introduire une sonde dans la vessie ; l'urine sort claire, et les premières gouttes seulement sont teintes par le sang qui a pu pénétrer dans la sonde au moment où elle a franchi l'urètre.

Lorsque le sang provenant des reins est en très petite quantité, on peut, comme je l'ai déjà fait remarquer, méconnaître l'existence de la maladie. Cependant on arrive assez facilement au diagnostic par les moyens que j'ai indiqués en décrivant les symptômes. D'ailleurs ce n'est que dans les cas où il y a eu déjà une hématurie facilement appréciable qu'on est intéressé à s'assurer s'il existe encore une certaine quantité de sang dans les urines.

Enfin la *rétention du sang* dans les cavités urinaires, l'hémorrhagie interne, peut être diagnostiquée à l'aide de renseignements exacts qui nous apprennent que le malade a eu une ou plusieurs hématuries, et en tenant compte des symptômes locaux, de l'affaiblissement et du dépérissement des malades. La pesanteur, la douleur, la tumeur dans la région des reins, indiquent que cet organe est le siége de la rétention. Des symptômes semblables, ayant leur siége dans l'hypogastre, font reconnaître que l'accumulation du sang se fait dans la vessie, et le cathétérisme vient encore aider au diagnostic.

Il est, comme on voit, à désirer qu'un observateur s'occupe spécialement de ce sujet, pour faire cesser, s'il est possible, le vague et l'incertitude d'un diagnostic aussi important.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de l'hémorrhagie rénale a été presque toujours exposé, sans distinction suffisante des divers cas, dans des articles consacrés à l'hématurie en général ; et s'il est quelques travaux entrepris sur l'hématurie ayant sa source dans le rein, on peut dire qu'ils manquent complétement de précision. Il est nécessaire de se rappeler, lorsqu'il s'agit de combattre l'hémorrhagie rénale, les principales divisions que nous avons admises.

1° Supposons d'abord une hémorrhagie du rein non accompagnée des symptômes locaux d'une affection organique de cet organe, et qu'on peut regarder comme *essentielle*. Si le sujet est fort, s'il a présenté les signes qui précèdent les hémorrhagies auxquelles on donne le nom d'*actives*, il est généralement recommandé de *ne pas s'opposer trop tôt à l'écoulement du sang*. Tout le traitement consiste alors en certaines précautions bien simples, et qu'on retrouve dans toutes les hémorrhagies. Ce sont les suivantes.

PRÉCAUTIONS A PRENDRE DANS UN CAS D'HÉMORRHAGIE RÉNALE MODÉRÉE, SANS SIGNES DE LÉSIONS ORGANIQUES, ET CHEZ UN SUJET VIGOUREUX.

L'appartement doit être tenu à une *température modérée*.

Le malade doit garder *le repos* dans la position horizontale.

Prendre quelques *lavements émollients*, pour s'épargner les efforts de garde-robe.

Se soumettre à un *régime* doux et léger.

Tels sont, avec quelques *boissons adoucissantes*, les moyens bien simples qu'on oppose à l'hémorrhagie.

2° Il n'est pas un seul des cas indiqués jusqu'à présent qui, dans certaines circonstances, ne puisse présenter une de ces *hémorrhagies extrêmement abondantes* qui par elles-mêmes peuvent causer la mort. Ces cas fort rares se sont principalement montrés dans l'hématurie essentielle, chez des sujets présentant une tendance aux hémorrhagies, qui a fait donner à ces affections le nom de *constitutionnelles*, et dans celles qui ont pour cause les maladies organiques des reins. Quelle que soit, du reste, cette cause, on doit agir de la même manière, et mettre en usage les moyens indiqués contre les grandes hémorrhagies (1). Ce sont : l'*application* de l'*eau froide*, de la *glace ;* les *boissons froides*, *acidulées*, etc.

Le lieu dans lequel doivent être faites les applications froides doit être le plus voisin possible du siége du mal. Ainsi, dans l'hémorrhagie dont nous nous occupons, c'est sur les lombes, sur les flancs qu'il faut les faire. Cependant on a vu quelquefois les injections dans le rectum, et même dans la vessie, avoir un effet plus prompt. Pour les lavements, on prend de l'*eau très froide* à laquelle on ajoute une petite quantité de *vinaigre*, et dans la vessie on injecte de l'eau avec addition d'une faible proportion d'*acétate de plomb*. La température de l'appartement doit être plus basse, et le repos plus complet encore que dans le cas précédent.

3° Si l'hémorrhagie est peu considérable, mais se reproduit à de courts intervalles, elle peut occasionner l'*anémie* et un *dépérissement* assez rapide. C'est dans les cas de ce genre qu'on a recommandé les *astringents*, les *antihémorrhagiques*, tels que le *ratanhia*, le *tannin*, le *seigle ergoté*, etc.; les *toniques*, et en particulier le *quinquina*, les *ferrugineux ;* mais comme l'administration de ces remèdes ne présente rien de particulier, ce serait tomber dans des redites inutiles que d'entrer à ce sujet dans de plus grands détails. On fera facilement aux différents cas l'application de ces moyens tels qu'ils sont exposés dans l'histoire des hémorrhagies précédemment indiquées.

4° M. Rayer a exposé dans un résumé le traitement opposé à l'hémorrhagie endémique de l'île de France ; je lui emprunte les détails suivants : « Abandonnée à elle-même (*méthode expectante*), cette hémorrhagie habituelle, compliquée ou non de gravelle, guérit spontanément, sans émigration, au bout de plusieurs mois ou de plusieurs années, lorsqu'elle n'est pas assez abondante pour détériorer la constitution.....

» A l'île de France ou sur le continent, la *saignée*, combinée avec l'administration des *boissons acidulées*, avec l'emploi du *ratanhia* et l'aide du *repos*, a suspendu pour quelque temps l'hémorrhagie.

» Mais les *émissions sanguines*, quelquefois nécessaires au début de cette hématurie, ou dans son cours en quelques cas exceptionnels, sont *formellement contre-indiquées* dans une foule de cas où des pertes de sang répétées ont détérioré la constitution...... Lorsque les enfants sont devenus pâles et languissants après ces sortes d'hémorrhagies, les *préparations ferrugineuses* sont utiles ; les bons effets de ces préparations sont favorisés par une *nourriture substantielle* et un *exercice modéré*.

(1) Voy. *Épistaxis ; Hémoptysie*, etc.

« Des individus atteints de ce pissement de sang, ayant contracté une blennorrhagie, le *copahu*, employé contre cette dernière affection, en a non seulement procuré la guérison, mais encore celle de l'hématurie.

« Lorsque l'hématurie endémique de l'île de France est *compliquée de gravelle d'acide urique*, il faut associer aux moyens précédemment indiqués *les poudres et les boissons alcalines* (1), jusqu'à ce que le dépôt de l'urine, abandonnée à elle-même, ne contienne presque plus d'acide urique cristallisé.....

« Lorsque cette hématurie résiste aux moyens précédemment indiqués, l'*émigration* est le meilleur moyen que l'on puisse conseiller pour faire cesser la maladie... En effet, il a suffi à quelques individus de quitter l'île de France et de venir habiter en Europe un *pays tempéré*, sans s'assujettir à aucun remède, pour obtenir la guérison de leur hématurie. Il est vrai que, chez plusieurs colons, la guérison n'a été que temporaire; la maladie s'est déclarée de nouveau peu de temps après leur retour à l'île de France, ou bien ils ont présenté une autre altération de l'urine (urine chyleuse, ou urine albumineuse et graisseuse). Il faut même reconnaître qu'un voyage en France n'est pas un moyen infaillible; la maladie a continué sans être sensiblement modifiée par le changement de climat, mais alors aussi la plupart des remèdes ont échoué, ou l'amélioration s'est déclarée si tardivement et si obscurément, que les causes en sont restées indéterminées. »

Ces moyens, auxquels les médecins du Brésil ajoutent les *bains froids salés*, et surtout les *bains de mer*, ne diffèrent guère, comme on le voit, de ceux qu'on emploie dans tous les pays contre les diverses hémorrhagies. Il faut néanmoins noter avec soin cet effet du *copahu* dans quelques cas, car le médecin est autorisé par les faits à administrer cette substance contre l'hématurie elle-même, et il est permis d'en attendre de bons résultats.

5° Si l'hématurie était accompagnée de douleurs plus ou moins vives dans la région rénale, avec des *symptômes d'excitation*, et surtout s'il existait une véritable *néphrite*, lésion qui a été regardée à tort comme coïncidant fréquemment avec l'hématurie, il faudrait insister sur les moyens indiqués à propos de l'*hématurie essentielle*, et de plus pratiquer des *émissions sanguines* plus ou moins abondantes, selon la force du sujet. Ces émissions sanguines, nous les avons vues déjà employées dans l'hématurie endémique de l'île de France.

6° S'il existait une *rétention du sang* dans la cavité des reins, de l'uretère ou de la vessie, on devrait d'abord chercher à *faire disparaître l'obstacle* qui s'oppose au libre écoulement du sang; puis calmer par les *adoucissants* et les *opiacés* les accidents de *colique néphrétique* qui accompagnent souvent cet état. Enfin les *sangsues* sur la région lombaire, les *ventouses scarifiées*, seraient appliquées dans le but de faire disparaître l'irritation et la douleur locale qui résultent de l'accumulation du sang dans les organes. Quand c'est *dans la vessie* que ce liquide s'est accumulé, on peut par des moyens mécaniques donner issue à la masse sanguine coagulée qui obstrue cet organe; mais comme j'aurai à exposer ce moyen de traitement lorsqu'il s'agira de l'hématurie vésicale, j'en renvoie les détails à l'article consacré à cette affection.

(1) J'exposerai en détail ce traitement dans l'article consacré aux calculs rénaux.

ARTICLE II.

PYÉLITE.

M. Rayer est le premier qui ait distingué nettement l'inflammation des bassinets et des calices de celle de l'affection rénale ; il ne faut pas croire néanmoins que cette maladie fût inconnue jusqu'à lui ; car c'est précisément celle qui a été décrite par tous les auteurs sous le nom de néphrite, et en particulier de néphrite calculeuse.

M. Rayer a donc fait faire un progrès à la pathologie, en établissant cette distinction, qui ne manque pas d'importance. Mais peut-être ne l'a-t-il pas poussée assez loin ; car voici comment il me semble que doit être envisagée l'étude des affections qui ont pour siége la cavité rénale, et qu'il nous reste encore à traiter.

La *pyélite simple* peut exister. M. Rayer en a cité des exemples, et l'on en trouve quelques uns dans divers auteurs. Mais le plus souvent cette affection est liée à la présence de calculs plus ou moins volumineux ou plus ou moins nombreux dans le calice et le bassinet : or les accidents qu'on observe alors ne tiennent évidemment pas tous, il s'en faut, à l'inflammation des parois de ces cavités ; il en est qui sont dus au simple déplacement des calculs, et qui peuvent même précéder toute inflammation. Il en résulte qu'on doit étudier d'abord la pyélite indépendamment des accidents de *colique néphrétique* qui se produisent dans son cours, ou que du moins ceux-ci ne doivent être présentés que dans un rang secondaire ; puis on doit étudier les *calculs rénaux*, la *gravelle*, qui peuvent exister indépendamment de la pyélite ; et comme accident dû à la présence de ces productions morbides, la *colique néphrétique*, qui ayant également d'autres causes que nous avons déjà signalées, peut parfaitement être considérée comme une affection particulière. Si l'on se rappelle la manière dont j'ai présenté les affections du foie, on verra que c'est la marche que j'ai suivie dans l'exposition des lésions des voies biliaires.

Dans son historique sur la pyélite, M. Rayer s'est attaché à prouver que si la connaissance des calculs rénaux et celle de l'existence de collections purulentes dans les reins remontent à la plus haute antiquité, ce n'est réellement que dans ces derniers temps que les altérations produites par les calculs dans les bassinets et les calices, et par suite dans la substance rénale, ont été exactement appréciées. Il est certain que, jusqu'à une époque très voisine de nous, et, on peut le dire, jusqu'à M. Rayer lui-même, on a considéré l'inflammation qui résulte de la présence des calculs dans la glande rénale comme occupant la substance de cette glande, sans établir de distinction entre les parois des bassinets et les autres parties des reins. Cependant il n'est pas douteux que plusieurs auteurs n'aient parfaitement compris que la cavité de l'organe pouvait être non seulement envahie la première par l'inflammation, mais encore exclusivement. Mais c'est ce qu'il faut rechercher dans les faits et non dans le langage, car jusqu'à M. Chomel (1), c'est toujours une néphrite qu'on a vue dans les cas où les calculs des reins avaient déterminé l'inflammation.

Je ne crois pas devoir présenter ici un historique de cette maladie, tâche qui me serait cependant bien facile, puisque M. Rayer nous en fournit tous les matériaux. Je me contenterai seulement de dire que la connaissance de l'inflammation

(1) *Arch. gén. de méd.*

des reins remonte à la plus haute antiquité, car on en trouve déjà des indications dans Hippocrate, et que Rufus, Galien, Arétée, etc., donnent la description des *abcès* que déterminent les calculs.

§ I. — Définition; synonymie; fréquence.

On donne le nom de *pyélite* à l'inflammation des calices et des bassinets, qu'elle ait été produite par la présence de corps étrangers, qu'elle soit le résultat de l'extension de l'inflammation d'un autre organe, ou qu'elle se soit produite spontanément.

C'est cette maladie qui a été décrite, comme j'ai déjà eu plusieurs fois l'occasion de le dire, sous le nom de *néphrite*, d'*abcès des reins*, etc. Toutefois il ne faut pas croire que tous les faits rapportés sous ces différents noms doivent être regardés comme de simples pyélites; il en est, en effet, dans lesquels l'inflammation avait réellement pour siége la substance rénale, et d'autres où l'inflammation des bassinets et des calices s'était étendue à cette substance. On ne doit donc pas voir dans les anciennes dénominations une fausse appréciation de la maladie, mais seulement une confusion de plusieurs états pathologiques distincts.

La *fréquence* de la pyélite est très différente, suivant que l'on considère la *pyélite simple* indépendante de tout corps étranger, ou celle qui a pour cause la présence d'un corps étranger quelconque. La première est relativement fort rare; cependant il en est une espèce qui, suivant M. Rayer, serait beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit communément : c'est la *pyélite blennorrhagique*. Nous reviendrons sur ce point en parlant des causes.

§ II. — Causes.

Les causes de la pyélite sont presque identiquement les mêmes que celles que nous avons assignées à la néphrite; et on le conçoit facilement, puisque la plupart des auteurs n'ont pas fait de distinction entre ces deux maladies. Il me suffira, par conséquent, de les rappeler rapidement ici, en y ajoutant quelques particularités propres à la maladie qui nous occupe.

1° Causes prédisposantes.

Relativement à l'*âge*, il n'y a rien à changer à ce que j'ai dit à l'article *Néphrite*: la pyélite simple est presque inconnue chez les enfants, et toutes les espèces de pyélites sont beaucoup plus fréquentes dans l'âge adulte et dans la vieillesse que dans les premières années de la vie.

D'après presque tous les auteurs, le *sexe* masculin est beaucoup plus exposé à cette affection, et les faits confirment cette manière de voir. Nous n'avons pas de renseignements exacts sur l'influence de la *constitution*, du *tempérament*, des *climats*, et quant aux autres causes prédisposantes, nous ne pourrions que nous livrer à des conjectures à leur sujet.

2° Causes occasionnelles.

La pyélite peut résulter d'une *violence extérieure*, comme la néphrite; mais ce sont les *plaies* pénétrant jusqu'au bassinet qui lui donnent le plus fréquemment lieu : et c'est là la *pyélite traumatique*.

De toutes les pyélites, il n'en est certainement pas de plus fréquente, à beaucoup près, que celle qui a pour cause la présence des calculs rénaux dans les calices et le bassinet. M. Rayer l'a décrite sous le nom de *pyélite calculeuse;* c'est la néphrite calculeuse des autres auteurs. Les autres corps étrangers, comme les *acéphalocystes*, le *strongle*, donnent lieu à une pyélite qu'on peut rapprocher de celle-là.

La *distension* des cavités rénales *par l'urine* et *par le pus* est une cause bien plus fréquente de pyélite que de véritable néphrite.

On peut appliquer à la maladie qui nous occupe tout ce que j'ai dit relativement à l'influence des *substances ingérées* sur la production de la néphrite simple (1). Les *diurétiques*, la *térébenthine*, paraissent néanmoins devoir agir plus activement sur les membranes du calice et du bassinet, que la substance rénale elle-même; c'est ce que semble indiquer leur action sur la vessie. Ce n'est là toutefois qu'une conjecture.

Il n'en est pas de même des *cantharides*, dont l'action est évidente. M. Bouillaud (2) a, en effet, rapporté des cas dans lesquels l'application de vésicatoires sur des ventouses scarifiées a produit une pyélite avec albuminurie de plus ou moins longue durée. Chez un sujet qui a succombé, il a trouvé la surface interne des calices, des bassinets et des uretères enflammée avec production de fausses membranes.

L'*extension de l'inflammation* de la vessie et des uretères aux reins a été également observée, et à ce sujet il faut faire une remarque importante : « Dans le cours de la blennorrhagie, dit M. Rayer, et surtout après sa brusque suppression, il survient, et moins rarement que ne le pensent la plupart des praticiens, une inflammation légère, mais rebelle, de la membrane muqueuse de la vessie, inflammation qui, des uretères, se propage jusqu'au bassinet, et s'accompagne de douleurs rénales. » Il est fâcheux que M. Rayer ne nous ait pas donné d'une manière toute spéciale l'histoire de ces pyélites, car on peut élever quelques doutes sur la fréquence, non de l'inflammation vésicale consécutive à blennorrhagie, puisqu'elle est connue de tout le monde, mais de l'extension de cette inflammation au bassinet, ce qui est moins généralement reconnu : c'est là, au reste, ce que cet auteur a appelé *pyélite blennorrhagique.*

§ III. — Symptômes.

Que l'on ait décrit la maladie qui nous occupe sous le nom de *néphrite*, ou que, comme M. Rayer, on lui ait assigné celui de *pyélite*, on n'a pas moins toujours exposé, en même temps que les symptômes qui la caractérisent, ceux qui appartiennent à la présence des calculs par laquelle elle est si fréquemment produite. Je ne crois pas que cet exemple doive être imité. D'une part, en effet, ainsi que je l'ai dit plus haut, les accidents causés par les calculs, et qui constituent la *colique néphrétique*, peuvent exister indépendamment de toute inflammation, et, de l'autre, cette inflammation peut avoir lieu sans ces accidents, non seulement dans la pyélite simple, où la chose est évidente, mais encore dans la pyélite produite par des corps

(1) Voy. article *Néphrite simple aiguë.* — *Bulletin de l'Acad. de médecine;* Paris, 1847, t. XII, p. 744, 779, 812.
(2) *Rev. méd.-chir. de Paris*, janv. et fév. 1848.

étrangers ; en d'autres termes, l'inflammation est incapable par elle-même de produire la colique néphrétique. Voyons donc ce qui lui appartient en propre.

Début. Nous ne connaissons que très imparfaitement le début de la *pyélite simple* indépendante de la présence des corps étrangers. Quant à la *pyélite calculeuse*, elle a ordinairement cela de remarquable, qu'elle succède à une attaque plus ou moins violente de *colique néphrétique*. Cependant nous connaissons un grand nombre de cas dans lesquels l'inflammation des bassinets, du calice, et consécutivement de la substance rénale, a été produite par des calculs sans colique néphrétique : des douleurs sourdes dans la région lombaire, plus vives ensuite, et les altérations de la sécrétion urinaire qui seront exposées plus loin ont été, en pareil cas, le premier signal de maladie. Il en est de même lorsque d'autres corps étrangers, comme les *vers rénaux*, sont la cause de l'affection.

Symptômes. Dans la description des symptômes, il faut établir une distinction importante entre la pyélite aiguë et la pyélite chronique.

1° *Pyélite aiguë.* La pyélite aiguë se montre plus fréquemment à l'état simple qu'à l'état compliqué, du moins si l'on n'a égard qu'aux cas dans lesquels l'affection reste aiguë pendant tout son cours; car il n'est pas douteux que la plupart des pyélites produites par des corps étrangers, et dont la marche, à une certaine époque, devient essentiellement chronique, ne se présentent d'abord avec tous les caractères d'une maladie aiguë.

Dans la *pyélite simple aiguë*, la douleur rénale est ordinairement médiocrement vive. Celle qui est produite par un corps étranger autre que les calculs n'est pas non plus remarquable par sa violence ; c'est souvent une simple *gêne* avec des exacerbations plus ou moins fréquentes. Enfin, lorsque les calculs ont produit la maladie, il faut bien prendre garde de regarder comme un symptôme de la pyélite ce qui est dû au déplacement des calculs et à l'irritation qui en résulte dans les parois enflammées. Ce qui le prouve, c'est que, après la première attaque de colique néphrétique, lorsque le calcul s'est établi dans le bassinet et y a déterminé une inflammation suppurative, il est ordinaire de voir la douleur non pas augmenter, comme cela devrait être si l'inflammation en était la cause, mais au contraire diminuer notablement.

Il est en outre une remarque qui s'applique à toutes les *pyélites produites par des corps étrangers*, c'est que très souvent ces corps obstruent les voies urinaires, donnent lieu à l'accumulation de l'urine et du pus dans les parties supérieures, à la distension du rein, et par suite à des douleurs indépendantes de l'inflammation, puisque, dans des circonstances semblables, on les verrait se montrer sans elle.

C'est encore la même réflexion qu'il faut faire relativement à la *suppression de la sécrétion urinaire*. Ce n'est pas à la pyélite qu'il faut l'attribuer, mais aux corps étrangers qui ont donné naissance à l'une et à l'autre. Ce sont donc d'autres caractères qu'il faut rechercher dans la sécrétion de l'urine.

Parmi ces caractères, les deux plus importants, sans contredit, sont la présence du *mucus et du pus dans le liquide urinaire*. Les auteurs, il est vrai, ont dit que l'hématurie était un des premiers symptômes qui annoncent la maladie; mais si l'on examine les cas de pyélite simple et ceux dans lesquels, quoique produite par la présence de corps étrangers, cette maladie ne se présente qu'avec les symptômes

qui lui sont propres, on voit que l'hématurie n'est qu'un accident semblable à ceux que nous venons de mentionner.

Lorsque le *mucus* est devenu plus abondant qu'à l'état sain, on s'en aperçoit aux caractères suivants : Au moment de l'émission de l'urine, il donne à ce liquide un aspect louche ; puis, lorsqu'il s'est rassemblé au fond du vase, il se présente sous la forme d'un sédiment un peu filant plus ou moins abondant, et de couleur opaline. Entre le moment de l'émission et celui du repos complet, il forme des flocons légers, demi-transparents, ou un nuage blanc avec une teinte brillante, qui restent quelque temps en suspension. Cette quantité anormale de mucus due à l'inflammation, et à laquelle on donne le nom de muco-pus, ne peut être distinguée du pus par l'inspection microscopique de ses globules ; mais si on le traite par l'éther, il ne donne jamais de traces aussi évidentes de matière grasse que le pus (Rayer).

« Lorsque, dit M. Rayer, une certaine quantité de *pus* est déposée dans l'urine à la suite d'une inflammation de la membrane muqueuse des voies urinaires..... la liqueur est trouble, blanchâtre ou lactescente au moment de l'émission. Recueillie dans un vase transparent, et abandonnée à elle-même, elle se sépare bientôt en deux couches : l'une supérieure, transparente ou légèrement trouble, ayant la teinte du petit-lait ou de l'urine foncée en couleur ; l'autre inférieure, formée par un dépôt opaque, ordinairement d'une couleur blanche mate, laiteuse, presque semblable à celle de la cire, ou légèrement jaunâtre. Le niveau de cette couche purulente est bien tranché et ne se fond pas avec la dernière couche de l'urine qui la surmonte. » Si l'on place une goutte de pus sur une lame de verre et qu'on y verse un peu d'éther, la matière grasse est dissoute et reste apparente sur le verre après l'évaporation ; c'est là, je le répète, le principal caractère qui distingue le pus du mucus.

Un certain *mouvement fébrile*, et par suite un trouble au moins marqué, dans quelques cas, des principales fonctions, complètent le tableau de la pyélite simple aiguë, maladie encore mal étudiée.

2° *Pyélite calculeuse aiguë.* Si on lit attentivement la description donnée par M. Rayer de cette espèce de pyélite, on voit, qu'abstraction faite des accidents de colique néphrétique causés par la présence des calculs, la maladie ne diffère de celle que je viens de décrire que par sa plus grande intensité. Ses principaux caractères sont toujours la *douleur rénale* et la présence dans l'urine d'abord du *muco-pus*, puis du *pus* en plus ou moins grande abondance. Les *symptômes généraux* sont en rapport avec les douleurs causées par les calculs et avec le degré de l'inflammation. Les choses se passent de la même manière dans les *pyélites dues à d'autres corps étrangers.*

Il ne paraîtra pas étonnant à ceux qui ont bien compris ma manière d'envisager les affections de reins, que je traite en si peu de mots une maladie à laquelle les auteurs ont, sous des noms divers, consacré un si grand nombre de pages. Ils savent, en effet, que tous les détails nécessaires seront donnés dans les articles *Gravelle, Calculs rénaux, Colique néphrétique, Rétention de l'urine et du pus dans le rein.*

3° *Pyélite chronique.* La *pyélite simple chronique* est une maladie qui, si elle s'est montrée quelquefois à l'observation, n'a été du moins que très rarement indiquée,

Il n'en est pas de même de la *pyélite calculeuse chronique*, qui accompagne presque toujours les concrétions urinaires dont le rein est le siége.

4° La *pyélite calculeuse chronique*, dont la description peut s'appliquer, avec de très légères nuances, à l'inflammation du bassinet causée par la présence des vers rénaux, *débute* souvent par les symptômes de la pyélite aiguë, accompagnés de ceux de la colique néphrétique. Au bout d'un temps variable, ces symptômes paraissent s'amender, mais la santé ne se rétablit pas complétement, il reste dans le rein une *douleur* sourde, et l'*urine contient toujours une certaine quantité de pus*. Puis surviennent le *dépérissement*, *l'amaigrissement*, *la fièvre hectique*, indices de la destruction du rein, et le malade finit par succomber épuisé, qu'il se forme ou non un abcès dans la région rénale.

5° *Abcès rénaux*. C'est surtout lorsque des calculs volumineux et nombreux ont occasionné dans le rein une inflammation prolongée, qu'on voit survenir les abcès qui, après avoir envahi une grande partie de l'organe, se vident dans les voies urinaires, en rendant bien plus considérable la quantité de pus dans l'urine, ou s'étendent vers les parois lombaires, par lesquelles ils ont de la tendance à s'ouvrir une issue, ou enfin occasionnent la perforation d'autres cavités (intestin, estomac, poumons, péritoine).

Les *abcès* qui deviennent manifestes du côté de la région lombaire se produisent ordinairement de la manière suivante : un ou plusieurs calculs déterminent l'inflammation de la substance rénale ; celle-ci finit par se détruire et par leur livrer un passage suffisant pour qu'une de leurs aspérités irrite le tissu cellulaire environnant ; ce tissu s'enflamme et suppure, les reins continuent à se désorganiser, et au bout d'un certain temps le calcul est à nu dans le tissu post-rénal.

Je ne m'étendrai pas sur la description de ces abcès produits par les calculs ; ils intéressent beaucoup plus le chirurgien que le médecin. Je ferai seulement remarquer qu'ils ne diffèrent pas sensiblement, pour leurs symptômes et leur marche, de ceux que j'ai décrits à l'occasion de la *néphrite simple*, et des *tumeurs acéphalocystiques ;* seulement ils ont ceci de particulier, que l'hématurie, la colique néphrétique, la présence de graviers dans les urines, ont précédé leur apparition. Ce sont donc des circonstances qu'il ne faut pas perdre de vue.

Lorsque la rupture de l'abcès contenant des calculs se fait dans les autres organes indiqués, c'est la *sortie de ces calculs* par une voie insolite qui est le symptôme capital. C'est ainsi qu'on a vu des calculs rendus par les *vomissements* et par les *selles*. Quand la rupture se fait dans le péritoine, elle donne lieu à une *péritonite suraiguë* et mortelle.

Il est une autre lésion qui a une grande analogie avec les abcès et qui mérite de fixer un instant notre attention : je veux parler de la *rétention du pus* dans le bassinet, d'où résulte une accumulation souvent très considérable de ce liquide et la distension du rein.

Cette rétention a des symptômes analogues à ceux de la *rétention de l'urine* ou *hydronéphrose*, que je décrirai plus tard. C'est pourquoi je n'entrerai pas ici dans de très grands détails.

Si, dans le cours d'une pyélite causée par un corps étranger, celui-ci obstrue plus ou moins l'uretère, l'urine et le pus s'accumulent au-dessus et produisent les accidents suivants : quand l'*obstruction* est *complète*, l'urine, précédemment purulente,

vient claire; la douleur rénale se produit ou augmente si elle existait; une tumeur ordinairement bosselée est sentie, en palpant l'abdomen, au-devant du rein malade. Quelques malades ont dit avoir senti le *bruit de collision* causé par les calculs contenus dans la poche purulente lorsqu'ils faisaient des mouvements. Bientôt la fièvre s'allume, il survient des vomissements, et cet état peut se terminer de trois manières. 1° Assez fréquemment, l'obstacle étant chassé, l'amas purulent se fait jour par les conduits urinaires, et une grande quantité d'urine fortement purulente est rendue en peu de temps. 2° Quelquefois, l'obstacle persistant, les accidents deviennent de plus en plus graves, et le malade succombe épuisé ou avec des symptômes cérébraux. 3° Bien plus rarement il y a rupture de la poche purulente dans une des cavités précédemment indiquées, ou dans le tissu cellulaire post-rénal, et alors les choses se passent comme dans les cas d'*abcès de la substance rénale et du tissu environnant.*

§ IV. — Marche; durée; terminaison.

La *marche* de la maladie est rapide, à l'état aigu, surtout lorsque la pyélite est causée par un calcul. L'inflammation disparaît avec la plus grande promptitude dès que la cause cesse d'agir. La *pyélite chronique* peut marcher très lentement; mais il est ordinaire de voir les accidents de l'état aigu se reproduire fréquemment avec une grande violence, ce qui tient à ce que la maladie étant le résultat ordinaire de la présence des calculs, le moindre déplacement de ceux-ci peut produire les plus graves symptômes.

La *durée* de la *pyélite aiguë* peut être très courte, par la raison que je viens d'indiquer; celle de la pyélite chronique est ordinairement longue. La pyélite aiguë se *termine* par la guérison lorsqu'elle est simple, ce qui est rare. D'après M. Rayer, la pyélite qu'il nomme *blennorrhagique* serait souvent rebelle au traitement. Lorsque la pyélite est due à la présence d'un calcul ou d'un autre corps étranger, elle se termine promptement par la guérison si ce corps étranger est expulsé; dans le cas contraire, elle passe presque toujours à l'état chronique. M. Rayer a parlé d'une terminaison de la pyélite par gangrène, et il en a fait une espèce sous le nom de *pyélite gangréneuse;* mais cette gangrène ne se montre que dans des cas où il existe d'autres maladies très graves, dont la gangrène du rein n'est que la conséquence.

§ V. — Lésions anatomiques.

Dans les cas où les malades succombent avec une *pyélite simple aiguë*, ce qui arrive dans diverses maladies et dans certains empoisonnements, on trouve après la mort la rougeur, l'épaississement, la friabilité de la membrane qui tapisse le bassinet, et dans l'intérieur de cette cavité, une quantité plus ou moins grande de matière purulente ou de muco-pus mêlé à l'urine. Les mêmes lésions caractérisent la *pyélite chronique*, sauf que la rougeur est ordinairement obscure et que la matière purulente est plus abondante. On trouve, en outre, la désorganisation du rein, sa perforation, sa suppuration due à l'action des corps étrangers, cause habituelle de cette espèce de pyélite. Il n'est pas rare, comme on le sait, de trouver un ou plusieurs calculs dans la vessie en même temps que dans les reins, et il est arrivé fréquemment que les malades qui se trouvaient dans ces conditions ont succombé après l'opération de la taille. Cette simple indication des lésions est suffisante.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Nous avons vu que les seuls signes auxquels on peut distinguer une *pyélite simple aiguë* d'une *néphrite simple* étaient la sécrétion du mucus et du pus et la présence de ces matières dans l'urine. On la distingue de la pyélite causée par un calcul, à l'absence de l'hématurie, des symptômes de la colique néphrétique et des graviers dans l'urine.

Les points de ressemblance de la pyélite avec le *lumbago*, les *névralgies lombaires*, la *carie des vertèbres*, le *psoïtis*, etc., me paraissent trop peu nombreux et trop faibles pour qu'on doive, à l'exemple de M. Rayer, établir entre ces maladies un diagnostic détaillé.

Lorsqu'il existe une poche purulente formée par la rétention du pus, on peut confondre la maladie avec quelques autres qui ont leur siége dans le même point; ce sont les *divers abcès* qui se forment aux environs des lombes par suite de l'*inflammation du tissu cellulaire post-péritonéal*, de la *carie des vertèbres*, etc. On a même pensé qu'un *anévrysme* de l'aorte descendante pourrait donner lieu à l'erreur. Les coliques néphrétiques, l'expulsion des graviers, l'hématurie, la présence du pus dans l'urine, sont les principaux signes à l'aide desquels on peut distinguer la *pyélite calculeuse*, dans laquelle se produit le plus souvent la rétention du pus.

Le diagnostic est plus difficile entre cette rétention purulente et la *rétention de l'urine dans le rein* ou *hydronéphrose*. Voici comment M. Rayer établit ce diagnostic : « Dans les deux cas, la tumeur formée par le rein dilaté est ordinairement bosselée, fluctuante, mate à la percussion, et accompagnée d'un élargissement de la région lombaire. Mais les tumeurs formées par l'accumulation du pus dans la cavité du bassinet et les calices sont le siége de douleurs plus ou moins vives, au moins de temps à autre; elles sont souvent accompagnées d'un mouvement fébrile, et si elles sont indolentes, elles deviennent ordinairement douloureuses par une légère pression ou dans certains mouvements du tronc. Dans l'hydronéphrose, au contraire, la tumeur est indolente et n'apporte d'autre incommodité que celle qui résulte de son volume. Enfin, lorsque la communication entre la poche formée par le rein distendu et l'uretère n'est pas complétement interrompue, l'urine, dans la pyélite avec tumeur, est purulente et opaque, tandis que, dans l'hydronéphrose, elle est ordinairement transparente ou seulement obscurcie par du mucus. »

Je n'ai pas rangé parmi les maladies des reins les abcès formés dans la région lombaire autour de cet organe, et que M. Rayer décrit sous le nom de *périnéphrite*. C'est une affection purement chirurgicale dont je n'ai pas cru devoir donner la description. Mais relativement au diagnostic, elle nous présente quelque intérêt, et voici comment l'auteur que je viens de citer traite cette question difficile.

Après avoir distingué l'amas de pus dans le bassinet de l'hydronéphrose, il ajoute: « Il est plus difficile de distinguer la tumeur formée par une collection purulente dans la cavité du bassinet, des abcès situés dans le tissu cellulaire qui environne le rein (*périnéphrite*), soit que ces abcès soient survenus à la suite d'une contusion, soit qu'ils aient été déterminés par le passage du pus ou de l'urine à travers une fistule rénale, consécutive à une inflammation du bassinet ou du rein. Au reste, il est à noter que, dans le cas d'une tumeur formée par une collection de pus dans la cavité du bassinet, la fluctuation est plus profonde aux lombes que dans les cas d'abcès autour du rein. En outre, ceux-ci sont presque toujours suivis ou accom-

pagnés d'un œdème du tissu cellulaire sous-cutané de la région lombaire, œdème que je n'ai point observé dans les cas de collection purulente dans la cavité du rein sans abcès extra-rénal. Presque toujours aussi les abcès situés entre la face postérieure du rein et les muscles de la région lombaire finissent par soulever la peau dans un point où la fluctuation est très superficielle ; et si l'on applique une des mains sur la partie antérieure de l'abdomen et l'autre sur la région lombaire, la fluctuation est plus sensible que dans les cas de collection purulente dans la cavité du bassinet et des calices. Le passage d'une certaine quantité de pus dans l'urine peut lever les doutes ; mais ce signe manque lorsqu'il y a obstruction complète de l'uretère entre la vessie et le bassinet rempli d'urine et de pus. »

Lorsque le rein forme une vaste poche purulente qui communique avec le tissu cellulaire extérieur, il y a complication des deux affections, et le diagnostic ne peut être porté qu'en ayant égard à la marche de la maladie. Au reste, le traitement étant le même, ce diagnostic n'a pas d'importance sous ce rapport. Le pronostic est seulement plus grave dans ce dernier cas, parce que la désorganisation du rein est plus complète.

Je ne ferai entrer dans le *tableau synoptique du diagnostic* que ce qui a rapport à la poche purulente formée par le rein distendu, les autres affections dont j'ai parlé plus haut n'ayant pas un assez grand intérêt pratique.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la distension du bassinet et des calices par le pus, et de la rétention de l'urine dans le rein, ou hydronéphrose.*

RÉTENTION DU PUS.	RÉTENTION DE L'URINE (*hydronéphrose*).
Douleurs plus ou moins vives, spontanément ou à la pression.	Tumeur *indolente*.
Mouvement fébrile assez marqué, continu ou par intervalles.	*Pas de mouvement fébrile.*
Pus dans l'urine, si la communication n'est pas complétement interrompue.	*Urine normale*, ou seulement chargée d'un peu de mucus.
Quand la communication se rétablit, *flots d'urine purulente.*	Quand la communication se rétablit, *grande quantité d'urine normale* ou seulement muqueuse.

2° *Signes distinctifs de la rétention du pus dans le bassinet et dans les calices, et des abcès autour du rein* (périnéphrite).

RÉTENTION DU PUS.	ABCÈS AUTOUR DU REIN (*périnéphrite*).
Fluctuation *plus profonde*, moins marquée.	Fluctuation *moins profonde*, souvent tout à fait *superficielle*.
Point d'œdème sous-cutané de la région lombaire.	*Œdème* sous-cutané de la région lombaire (empâtement œdémateux.)
Pus dans l'urine, dans les cas où la communication n'est pas complétement interrompue.	*Point de pus dans l'urine.*
Souvent précédée de *colique néphrétique.*	*Non précédés de colique néphrétique.*

Pronostic. La *pyélite simple aiguë* étant ordinairement secondaire, c'est d'après le danger de la maladie principale qu'on doit porter le pronostic, auquel l'affection rénale n'ajoute pas par elle-même un grand degré de gravité. Si néanmoins cette

maladie locale se terminait par gangrène, comme on l'observe dans quelques cas, on conçoit facilement qu'une lésion aussi funeste hâterait nécessairement la mort. Nous avons vu que, d'après M. Rayer, la pyélite résultant de l'extension de l'inflammation dans la blennorrhagie est, non pas dangereuse, mais rebelle.

La pyélite causée par la présence des calculs dans le bassinet a, d'une manière générale, beaucoup plus de gravité. Cette gravité dépend beaucoup néanmoins de la manière dont se comportent les calculs rénaux, qui en sont la cause déterminante. Si leur séjour dans la cavité rénale est peu prolongé, l'inflammation qu'ils ont provoquée ne tarde pas à se dissiper ; mais s'ils séjournent longtemps, ils occasionnent la désorganisation du rein, les abcès, les perforations, la rétention du pus quand ils obstruent l'uretère, et, dans tous ces cas, on doit porter un pronostic très fâcheux ; car, en supposant même qu'on puisse, pour un temps, soustraire les malades aux accidents qu'ils éprouvent, il est toujours à craindre qu'ils n'en soient tôt ou tard attaqués de nouveau et mortellement.

§ VII. — Traitement.

Si nous faisons abstraction du traitement de la *colique néphrétique*, de celui qu'on dirige contre les *calculs* eux-mêmes, nous verrons que le traitement de la pyélite proprement dite ne nous offre de réellement important à étudier que ce qui se rattache à la *néphrotomie*.

Relativement à l'inflammation simple, il suffit de dire que quelques *émissions sanguines*, les *boissons adoucissantes*, les *bains*, la *diète* ou un *régime* sévère suffisent pour les dissiper. Le traitement de la *pyélite causée par les calculs* est le même, sauf que le repos doit être plus absolu, pour éviter les déplacements douloureux des corps étrangers.

Les moyens dirigés contre la colique néphrétique et contre les calculs eux-mêmes seront exposés plus loin.

Reste donc l'*accumulation du pus dans le bassinet et dans les calices*, pour laquelle on a proposé et pratiqué maintes fois la néphrotomie. Dans les cas où la collection purulente communique avec le tissu cellulaire qui entoure le rein, et où il y a par conséquent *abcès lombaires*, ceux-ci *doivent être ouverts tout simplement*, comme il a été dit plus haut à propos des abcès de cette région.

Néphrotomie. Quant à la néphrotomie proprement dite, elle demande de plus grands détails. M. Rayer (1) a présenté un historique complet de cette opération. Je me contenterai de dire ici que, d'après les renseignements fournis par cet auteur, les anciens, à qui l'on avait attribué l'idée d'aller ouvrir les collections purulentes dans l'intérieur même du rein, ce qui constitue la véritable néphrotomie, n'avaient pas pratiqué réellement cette opération, mais seulement l'ouverture des abcès lombaires. D'après cet historique, on voit encore que ce n'est guère qu'à l'époque où Riolan (2) a exprimé nettement son opinion sur la possibilité d'ouvrir les tumeurs formées par le rein lui-même, que cette pratique fut discutée avec connaissance de cause. Enfin ce n'est que vers la fin du XVIIe siècle qu'on a publié un cas bien constaté d'incision du rein faite pour donner issue aux collections purulentes et aux calculs contenus dans cet organe. La plupart des chirurgiens pensent

(1) *Traité des maladies des reins*, t. III, p. 206 et suiv.
(2) *Anthropographia*; Parisiis, 1626, in-4°.

que dans des cas semblables il faut attendre, pour opérer, qu'il y ait une tumeur sensible avec fluctuation à la région lombaire; mais de la discussion dans laquelle il est entré sur ce sujet, M. Rayer tire les conclusions suivantes :

« Que les chirurgiens et les médecins, d'accord pour recommander l'ouverture des abcès extra-rénaux, et pour repousser la néphrotomie lorsqu'il n'y a pas de tumeur lombaire, n'ont pas assez généralement reconnu l'utilité dont pourrait être la néphrotomie pour les cas dans lesquels le rein très distendu est transformé en une énorme poche douloureuse, susceptible de se perforer ;

» Qu'il y aurait souvent danger, en de tels cas, à attendre, comme Boyer et la plupart des chirurgiens le recommandent, qu'un abcès extra-rénal se fût formé, la poche rénale pouvant s'ouvrir dans le péritoine ou dans l'intestin, et la mort promptement survenir ;

» Que lorsqu'un des reins forme tumeur dans le flanc, si celui du côté opposé vient à être obstrué, il faut inciser le rein le plus anciennement affecté et formant tumeur ;

» Que si le conseil donné par Hévin de ne point inciser le rein lorsqu'il n'y a point de tumeur aux lombes a été généralement adopté, il serait cependant permis de tenter la néphrotomie dans un cas de mort imminente par l'effet d'une pyélite calculeuse double sans tumeur, mais avec anurie complète ;

» Que dans le traitement des tumeurs rénales, l'incision est généralement préférable à la cautérisation et à la ponction. »

J'ai exposé ces raisons pour montrer quelles sont les ressources de la chirurgie dans ces cas difficiles; c'est maintenant à l'expérience ultérieure à décider quelle est la conduite à suivre dans les divers cas donnés. Les moyens par lesquels on donne passage à travers les lombes au pus et aux corps étrangers sont de diverses espèces. Trois procédés principaux ont été proposés : ce sont l'*incision simple*, l'*incision et la ponction réunies*, et la *cautérisation suivie d'incision*.

Incision. On fait coucher le malade sur le côté sain, le tronc légèrement arqué, pour faire saillir la région lombaire; un aide augmente cette saillie en comprimant la tumeur par sa face antérieure; alors une incision parallèle à la colonne vertébrale est pratiquée à 7 ou 8 millimètres du bord externe de la masse sacro-lombaire. Cette incision, qui n'intéresse que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, doit s'étendre du bord inférieur de la dernière côte à la crête de l'os des iles; puis, en ayant toujours soin de chercher la fluctuation à l'aide du doigt introduit dans le fond de la plaie, on pénètre de plus en plus profondément par des incisions successives. Lorsque l'on a reconnu le point fluctuant, on y plonge le bistouri, auquel on substitue rapidement, avant que le pus s'écoule, un bistouri boutonné, pour pratiquer le débridement; ensuite on introduit avec beaucoup de ménagement un stylet mousse, pour s'assurer si l'on pénètre dans l'intérieur du bassinet. Si l'on opérait sans ménagement, on pourrait, en détruisant seulement une bride, voir survenir une hémorrhagie, car les brides formées autour de ces abcès peuvent contenir des vaisseaux assez considérables, comme l'a vu M. Rayer.

« Si le doigt indicateur d'une des mains, porté, dit cet auteur, au fond de la plaie tandis que l'autre main est appliquée sur la face antérieure de la tumeur, sent de la fluctuation dans une véritable tumeur interposée entre ses deux mains, il est évident qu'on n'a pénétré que dans un abcès extra-rénal, et non dans la cavité de la poche rénale elle-même. Alors, après avoir abstergé soigneusement le fond de la

plaie, il faut porter de nouveau le bistouri sur la tumeur et pénétrer dans l'intérieur des calices ou du bassinet, pour pouvoir procéder à la recherche du calcul et pour donner une libre issue au pus. »

Si l'on ne trouvait pas facilement le calcul, ou si l'on avait quelque difficulté à l'extraire, il ne faudrait pas fatiguer le malade par de longues tentatives, mais le laisser reposer pendant trois ou quatre jours, et revenir ensuite à la recherche du corps étranger. Ce qu'il importe surtout, c'est d'ouvrir une issue aussi large que possible; car souvent, après quelques jours d'attente, ce corps étranger s'échappe de lui-même, ou du moins se présente à l'ouverture, de manière qu'il ne faut qu'une faible traction pour l'extraire. Lorsque l'ouverture paraît trop étroite, on pratique le débridement ou la dilatation par les moyens connus.

Incision et ponction. Ce procédé diffère principalement du précédent en ce que l'on fait précéder l'incision de la ponction exploratrice faite avec le trois-quarts. Cette manière d'agir n'a point d'avantage réel; elle peut même, on le comprendra facilement, avoir des inconvénients, puisqu'en pratiquant une ponction dans des cas où le siége du mal est très profond, on ignore le point précis où l'on porte l'instrument.

Cautérisation et incision. On a fait encore précéder l'incision par la cautérisation des parties sous-jacentes à l'aide de la potasse caustique, comme dans les cas d'abcès et d'hydatides du foie; mais ce procédé est bien loin d'avoir les mêmes avantages quand il s'agit des collections purulentes des reins. Aussi la longueur de l'opération et les douleurs causées par la cautérisation doivent-elles faire rejeter ce moyen, à moins de cas tout particuliers, comme ceux, par exemple, où la fluctuation se ferait sentir dans un point très voisin de l'intestin.

Soit que les collections purulentes se soient ouvertes spontanément, soit qu'on ait pratiqué l'opération, il peut rester des *fistules rénales* dont je ne parlerai pas ici, parce qu'elles sont du domaine de la chirurgie.

ARTICLE III.

GRAVELLE.

Si l'on ne considère que les corps étrangers eux-mêmes, il n'est pas douteux qu'entre les graviers et les pierres ou calculs il n'y ait, comme dit M. Ségalas (1), d'autre différence que celle du volume. Mais si l'on a égard aux symptômes que produisent les concrétions urinaires, on voit que de cette différence de volume résulte une différence extrême dans la manière d'être de la maladie, c'est-à-dire dans ce qui intéresse le plus le praticien. Les concrétions urinaires peuvent, en effet, être si fines que leur présence n'altère en rien la santé et ne donne lieu à aucun symptôme local, tandis que si leur volume augmente, elles occasionnent les symptômes les plus violents, et vont jusqu'à produire la désorganisation de l'organe. C'est donc une distinction utile pour la pratique que celle qu'on a établie entre la gravelle et les calculs rénaux proprement dits.

Comme les calculs rénaux, la gravelle est connue depuis les premiers temps de la médecine. On en trouve des descriptions plus ou moins complètes dans Galien,

(1) *Essai sur la gravelle et la pierre*; Paris, 1838.

Arétée (1). Mais c'est surtout aux écrits de Sydenham et de F. Hoffmann qu'il faut remonter pour trouver une bonne symptomatologie de cette affection. Parmi les modernes, il faut citer, comme ayant ajouté à nos connaissances sur cette symptomatologie, et surtout comme ayant, par les recherches chimiques, fait connaître la composition des concrétions urinaires, leur étiologie et leur traitement, Marcet (2), Brugnatelli (3), Prout, Magendie (4) et Civiale (5). Je citerai dans le courant de cet article les principaux résultats de leurs recherches.

M. Civiale veut qu'on divise ainsi qu'il suit les concrétions urinaires : 1° lorsqu'elles consistent en une poudre fine, ou en paillettes, ou en très petits grains, il faut leur donner le nom de *sable;* 2° la *gravelle* proprement dite consiste dans de petits corps granuleux gros au plus comme une tête d'épingle; 3° lorsque ces concrétions ont acquis un plus grand volume, mais peuvent encore passer par l'uretère, ce sont des *graviers;* 4° si leur diamètre est trop grand pour leur permettre ce passage, ce sont des *calculs;* et 5° la dénomination de *pierres* est réservée aux calculs les plus volumineux. Cette division a une importance pratique incontestable. Aussi quoique, pour me conformer à l'usage, je désigne dans cet article les trois premières divisions sous le nom de *gravelle*, réservant pour l'article suivant les deux dernières, qui seront décrites sous le nom de *calculs*, je tâcherai de ne pas perdre de vue les différences signalées par M. Civiale, parce que, je le répète, la maladie est toute autre, suivant qu'on a affaire à une simple poussière dans l'urine ou à de véritables graviers.

On a encore proposé d'autres divisions fondées sur différentes circonstances, comme l'*aspect des graviers* (gravelle blanche, rouge, etc.); leur composition chimique (gravelle urique, phosphatique, etc.); des corps étrangers s'y trouvant accidentellement (gravelle pileuse); mais ces divisions n'ont de l'intérêt que sous des points de vue limités, tels que l'étiologie et le traitement. Il suffira donc de les rappeler lorsque j'exposerai les causes de la maladie et les moyens mis en usage pour la combattre.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

Je donne le nom de *gravelle* à toutes les concrétions qui, formées dans le rein, peuvent sortir par les conduits urinaires en déterminant ou non les symptômes connus sous la dénomination de colique néphrétique.

Cette maladie ainsi conçue n'a guère d'autre nom qui lui soit parfaitement applicable. On l'a comprise souvent, dans la description générale des concrétions urinaires, sous les noms de *calculatio*, *lithiasis*, etc.

La gravelle est une maladie des voies urinaires qui se présente fréquemment à l'observation, et il est certain qu'on la trouverait plus fréquemment encore si un certain nombre de sujets qui ont des petites concrétions sous forme de poussière ou de granules, ne négligeaient ce symptôme qui, n'entraînant aucun trouble sensible dans la santé générale, n'a pour eux aucune importance.

(1) *De curat. morb. diut.*, lib. II.

(2) *An essay on the chem. hist. and med. treat. of calc. disord.*; London, 1817.

(3) *Litologia umana;* Pavia, 1819.

(4) *Recherch. sur la gravelle ;* Paris, 1828, in-8. — *Dict. de médecine et de chir. pratiques*, art. GRAVELLE, t. IX, p. 237.

(5) *Traité de l'affection calculeuse ;* Paris, 1838. — *Du traitement médical et préservatif de la pierre et de la gravelle ;* Paris, 1840.

§ II. — Causes.

Malgré les recherches nombreuses et intéressantes entreprises pour éclairer l'étiologie de la gravelle, il est beaucoup de points, nous devons en convenir, qui sont enveloppés, de doute et d'obscurité. La cause de l'incertitude dans laquelle nous nous trouvons encore sur tous ces points doit être cherchée, à mon avis, dans le défaut de détails importants que présentent les observations. C'est encore, par conséquent, un beau sujet d'étude pour les observateurs.

1° Causes prédisposantes.

Age. On sait aujourd'hui que les enfants sont beaucoup plus sujets aux concrétions urinaires d'un certain volume, qu'on ne le croyait autrefois; mais il faut, avec M. Civiale, établir une distinction entre les *calculs* et la gravelle proprement dite. Suivant cet auteur, cette dernière est, à cet âge, beaucoup plus rare que les calculs. Le sable dans les urines et la colique néphrétique ne s'observent, ajoute-t-il, que rarement chez les enfants, du moins dans nos climats. L'exactitude de cette assertion ne me paraît pas douteuse quant à la colique néphrétique, et par conséquent on peut en conclure que, *dans l'intérieur du rein*, les concrétions n'acquièrent pas ordinairement dans l'enfance un assez grand volume pour être rangées parmi les graviers. Il n'en est peut-être pas tout à fait de même du sable dans les urines. Ce qui me porte à le croire, c'est que j'ai trouvé très fréquemment chez des nouveaux-nés qui avaient succombé à des maladies diverses, les petits conduits de la substance tubuleuse dessinés en jaune, d'une manière très distincte, par une poussière qui, ainsi que le démontre l'analyse, n'est autre chose que de l'acide urique. Tous les auteurs qui ont fait de l'anatomie pathologique chez le nouveau-né ont fait cette observation, et M. Rayer, en étudiant les maladies des reins, a rencontré maintes fois cet état sur des reins de nouveaux-nés qu'on lui a apportés. Ce n'est là sans doute qu'une présomption; mais cette présomption suffit pour engager les médecins à étudier plus attentivement les urines des enfants, et cela d'autant plus que ceux-ci ne peuvent en aucune manière les mettre sur la voie, les urines simplement sablonneuses ne donnant jamais lieu à des symptômes graves.

En somme, on doit admettre que la gravelle, et surtout celle qui est constituée par des graviers d'un certain volume, est notablement plus fréquente chez les adultes et chez les vieillards que chez les enfants.

Sexe. Les auteurs ont généralement constaté que la gravelle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Van-Swieten a, il est vrai, avancé que l'un et l'autre sexe y sont également sujets; mais cette assertion n'est pas appuyée sur les faits.

Nous ne savons rien de positif relativement à l'influence du *tempérament* et de la *constitution*. C'est une opinion générale que les sujets affectés de la *goutte* sont plus exposés à la gravelle que tous les autres. Il n'est pas de médecin qui n'ait observé la coïncidence de ces deux affections.

Climats. Il résulte de recherches faites par M. Civiale qu'on doit repousser cette opinion si générale et si longtemps admise, savoir: que les pays très chauds ou très froids présentent un bien moins grand nombre de sujets affectés de la

gravelle que les pays tempérés et humides. Cet auteur a trouvé, en effet, que cette maladie est aussi commune en Égypte, dans l'Inde, en Suède, en Danemarck, qu'en France et en Angleterre.

Localités. On a remarqué que, sous le même climat et dans des conditions en apparence les mêmes, certaines localités offrent un très grand nombre d'individus atteints de concrétions urinaires, tandis que des localités très voisines n'en présentent aucun exemple. Faut-il voir dans ces faits une influence de l'air et des lieux? M. Magendie ne le pense pas, et croit plutôt qu'il faut tout rapporter au régime. C'est également à un régime animal et à l'abondance des boissons spiritueuses que M. Orfila rapporte le grand nombre de cas d'affections calculeuses qu'on observe dans l'île de Majorque. Mais nous allons voir combien d'incertitudes règnent sur l'influence du régime, et nous serons obligés de convenir qu'il y a dans ce point d'étiologie quelque chose qui nous échappe complétement et dont nous ne pourrions remplacer la connaissance que par de simples conjectures.

Une *vie sédentaire*, la *fortune*, qui permet de se procurer sans fatigue toutes les jouissances, sont regardées comme des conditions dans lesquelles la gravelle se développe bien plus fréquemment que dans des conditions opposées. Quelques observations faites sur les soldats et les marins semblent venir à l'appui de cette assertion; mais il ne faut pas oublier que ces derniers ne sont observés qu'à une certaine époque de leur existence, tandis que les observations faites sur les autres sujets portent sur toutes les périodes de la vie.

L'*hérédité* de la gravelle est assez généralement admise, et un bon nombre d'auteurs ont cité des faits en faveur de cette manière de voir; mais M. Civiale qui, pour étudier l'étiologie de cette affection, a rassemblé le plus grand nombre des faits connus, reste dans le doute à cet égard.

Il faut ajouter à cette énumération certaines maladies des parties supérieures des voies urinaires, comme le *rétrécissement*, l'*obstruction des uretères*, qui, en rendant difficile l'écoulement de l'urine, favorisent le dépôt des concrétions.

On a encore rangé parmi les causes prédisposantes la *dentition*, un *état habituel de tristesse*, une *contention d'esprit prolongée*, etc. Mais nous ne pouvons admettre leur influence réelle avant que des recherches plus exactes soient venues nous éclairer.

2° Causes occasionnelles.

De ce que certains individus ont rendu des graviers après un *exercice violent* ou après avoir été secoués par le cheval ou cahotés dans une voiture, on a paru en conclure que les secousses étaient des causes occasionnelles de la gravelle. Ne doit-on pas bien plutôt reconnaître qu'elles ont simplement provoqué la sortie des graviers, et qu'elles ont déterminé la manifestation, mais non la production de la maladie?

Aliments. Je n'ai point parlé du *régime* à propos des causes prédisposantes, parce que, dans les idées des auteurs qui lui accordent une certaine influence, il n'agit pas seulement en prédisposant l'organisme, mais en produisant la matière des concrétions, et par conséquent la maladie elle-même. Pour bien traiter cette question de l'influence des aliments et des boissons, il faudrait que des recherches eussent été faites, non seulement sur l'action de ces agents dans la production de la

gravelle en général, mais encore de chaque espèce de gravelle en particulier. C'est ce qui a été fait pour quelques unes, mais non pour toutes.

On a dit, et M. Magendie est un des principaux défenseurs de cette opinion, qu'un *régime azoté*, substantiel, composé principalement de *viandes noires*, est la principale cause de la *gravelle urique* (*gravelle rouge*, Mag.). Cette opinion s'est appuyée sur des faits de physiologie comparée et de pathologie. Mais M. Civiale, réunissant un bien plus grand nombre de faits, a démontré : 1° que la proportion de l'urée, augmentant notablement par le régime azoté, n'est nullement en rapport avec la proportion de l'acide urique ; 2° que, dans un grand nombre de localités où la nourriture est presque exclusivement animale, la gravelle est fort rare. Aujourd'hui cette influence du régime azoté est généralement regardée comme bien moins considérable qu'on ne l'a cru pendant quelque temps.

L'usage d'aliments contenant de l'*acide oxalique*, et de l'*oseille* en particulier, paraît à quelques auteurs nécessaire pour la production des *graviers d'oxalate de chaux* (*gravelle jaune*, Magendie). Il est certain que plusieurs faits aujourd'hui bien connus ont prouvé le rapport de cause à effet de cette alimentation et de la gravelle dont il s'agit, et d'un autre côté, ainsi que le fait remarquer M. Becquerel (1), il suffit d'avoir pris une certaine quantité de ces aliments pour que, le soir même ou le lendemain, on trouve dans l'urine des cristaux d'oxalate de chaux ; mais est-il bien démontré que cette gravelle ne peut se produire dans aucune autre circonstance ? C'est ce qu'il ne me paraît pas permis de décider complétement.

On a pas recherché l'action des diverses alimentations sur les autres espèces de gravelle ; on s'est contenté de dire que le *fromage* (Kern), *certains fruits*, comme les poires, etc., pouvaient donner lieu à la gravelle, sans spécifier l'espèce. Ces assertions ne sont pas appuyées sur des faits assez importants pour qu'il soit nécessaire de les discuter.

Boissons. Les *boissons spiritueuses* ont été rangées parmi les causes les plus efficaces de la gravelle, et principalement de la *gravelle urique* ; mais cette opinion n'a pu soutenir l'épreuve des faits.

On a été naturellement porté à penser que les *eaux contenant certains sels*, et principalement des *sels de chaux* qu'on retrouve dans les graviers, devaient produire facilement la gravelle. Mais encore ici l'expérience a démenti la théorie. C'est ainsi qu'à Arcueil, dont les eaux contiennent une si grande quantité de carbonate de chaux, les habitants ne sont nullement sujets à la gravelle.

L'usage de la *bière* a-t-il plus d'action ? C'est ce dont il est permis de douter, malgré les assertions de Sœmmerring.

L'urine rendue après qu'on a pris du *thé* ou du *café* contient, d'après les recherches de M. Donné, une grande quantité d'acide urique cristallisant par le refroidissement. Faut-il en conclure que ces boissons peuvent par elles-mêmes produire la gravelle urique ? Je ne le crois pas. Ce qu'il faut inférer de ces expériences, c'est que, chez un individu prédisposé, l'usage de ces substances pourrait déterminer la production de la maladie.

Enfin, on a dit que la *trop petite quantité* des boissons pouvait être une cause déterminante de la gravelle ; mais c'est là une assertion uniquement fondée sur des

(1) *Séméiotique des urines*, p. 430.

idées théoriques ; il en est de même du *défaut de chaleur animale* permettant la cristallisation des sels chez le vieillard, etc. On a vu quelquefois le *défaut d'exercice*, le *séjour au lit*, l'*immobilité*, être suivis de gravelle ; mais les sujets ont pu se trouver dans tant d'autres circonstances, qu'avant d'avoir des observations plus précises et plus détaillées que celles que nous connaissons, nous ne devons admettre ces faits qu'avec réserve.

On voit, d'après tout ce qui précède, qu'il faut reconnaître, avec les auteurs modernes, que dans la production de la gravelle il y a une influence cachée sans laquelle les causes en apparence les plus efficaces ne peuvent rien. La chimie et la physiologie nous ont plutôt fait connaître le *comment* que le *pourquoi*, ainsi que cela a lieu dans un grand nombre de faits pathologiques.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes, ai-je dit plus haut, ne diffèrent réellement que suivant le volume plus ou moins considérable des concrétions urinaires. C'est donc d'après la division établie par M. Civiale qu'il importe de les étudier.

1° *Sable dans l'urine.* Quand peut-on dire qu'il y a véritablement du sable dans l'urine et non un simple sédiment ? C'est là une première question qui ne laisse pas d'offrir quelques difficultés. Suivant M. Civiale, lorsque l'urine sort sans présenter à l'instant même des grains de sable tout formés, et que le refroidissement est nécessaire pour leur apparition, il n'y a pas gravelle. C'est là assurément un bon moyen de distinguer la gravelle du simple sédiment cristallisé ou non. Cependant il est quelques cas où la formation des cristaux d'acide urique est si rapide, que, bien qu'on ait eu le temps de voir l'urine transparente, la cristallisation a été presque instantanée. Si l'on ne peut pas dire que, en pareil cas, il y ait réellement gravelle, on doit reconnaître du moins qu'elle paraît imminente, et que cet état appelle l'attention du médecin : il était donc important de le signaler. Cette réserve faite, la différence établie par M. Civiale lève toutes les difficultés.

Que le sable sorte tout formé avec l'urine ; que, par conséquent, il y ait eu déjà cristallisation ou précipitation amorphe dans les voies urinaires, ou bien que la cristallisation n'ait lieu que par suite du refroidissement, les symptômes sont ordinairement nuls. Cependant on voit des sujets éprouver dans les régions rénales une *gêne*, et quelquefois une *douleur sourde*, qui peut les inquiéter s'ils ont reconnu l'état de leurs urines. Ce symptôme se remarque surtout dans le cas où le sable se forme dans le rein. M. Civiale a vu là un signe d'*irritation*, ce qui l'a engagé à regarder l'irritation comme la *cause organique* principale de la formation des concrétions urinaires. Mais l'étude attentive des faits et l'état des reins observé après la mort causée par d'autres maladies ne permettent pas d'accorder à cette opinion toute l'importance que lui donne cet auteur.

2° *Graviers pouvant traverser les uretères.* Chez des sujets qui ont déjà présenté du sable dans leurs urines, et parfois chez des individus qui n'ont point offert ce symptôme, l'urine rendue contient une plus ou moins grande quantité de *graviers* gros comme la tête d'une épingle, souvent plus petits, quelquefois plus volumineux. Chez ceux qui ont préalablement du sable dans les urines, voici comment se passent les choses, d'après M. Magendie : « Le plus souvent, dit-il, celui qui doit être attaqué de la gravelle ressent, quelques mois avant son apparition, un

sentiment particulier de *fourmillement*, d'*engourdissement* dans la région des reins ; son *urine est foncée en couleur* et laisse déposer, au bout d'une heure ou deux, un *sédiment rougeâtre* plus ou moins abondant..... Ces premiers symptômes s'accroissent, le sentiment d'engourdissement des reins se change en une véritable *faiblesse douloureuse* qui varie d'intensité ; le lendemain du jour où elle a été le plus forte, une certaine quantité de *sable* est évacuée avec l'urine. » Ces prodromes se rapportent particulièrement à la *gravelle urique*, qui est, il est vrai, la plus fréquente de toutes.

Plus tard, ces symptômes continuant, on trouve dans l'urine les graviers indiqués, et ordinairement arrondis. Souvent *le malade les entend tomber avec bruit dans l'urinoir*, mais ordinairement il n'éprouve aucun accident grave. Cependant on a vu maintes fois ces petits graviers, d'un diamètre inférieur à celui de l'uretère, produire de violents symptômes qui seront décrits plus bas, et qui ne sont autres que ceux de la *colique néphrétique*. Cet accident peut s'expliquer, dans quelques cas, par les aspérités d'un gravier qui ont arrêté ce corps étranger dans le conduit réno-vésical, et qui ont déchiré les parois de ce conduit ; ou bien par la forme de ce corps, qui, ayant dans un sens un diamètre considérable, s'est présenté au passage suivant ce diamètre. Mais, dans quelques cas aussi, on ne trouve aucune explication de ce genre. Il faut bien admettre alors une contraction, un resserrement spasmodique du canal qui a empêché le calcul d'avancer.

3° *Graviers d'un volume trop grand pour traverser librement l'uretère*. Lorsque les graviers sont trop volumineux pour traverser librement le conduit, ils peuvent souvent encore s'engager dans la partie supérieure, et ne descendre ensuite que très péniblement. En pareil cas, l'*hématurie* et la *colique néphrétique* sont les igues auxquels on reconnaît ces concrétions.

Il peut même arriver qu'après s'être engagé, un calcul reste fixé dans l'uretère, où il détermine d'abord une irritation, puis une inflammation plus ou moins vive Dans ces cas, après un ou plusieurs accès de *colique néphrétique*, après une ou plusieurs *hématuries*, survient la distension de l'uretère, puis celle du rein, soit simplement par l'urine, soit par l'urine mêlée de pus. Ce dernier état morbide a été décrit, l'autre sera étudié plus tard.

L'*examen de l'urine*, dans ces trois espèces, fait reconnaître un grand nombre de caractères communs, et c'est pourquoi je l'ai renvoyé après la description des autres symptômes.

L'urine est en général aussi abondante qu'à l'état normal. On a vu néanmoins la *quantité* augmentée ou diminuée dans quelques cas. Il faut prendre garde de se laisser tromper par quelques circonstances. Les remèdes qu'on donne aux malades ont presque tous pour but d'augmenter la sécrétion urinaire ; il n'est donc pas surprenant qu'alors les urines soient plus abondantes. D'un autre côté, une concrétion peut obstruer l'uretère, et, dans ce cas, il y a, non pas diminution, mais arrêt de l'urine d'un côté. Dans les cas où les graviers produisent la colique néphrétique, l'urine peut être complétement supprimée, quoiqu'un seul uretère soit obstrué ; mais il est plus ordinaire de voir le rein sain suppléer en pareil cas à la sécrétion du rein malade.

On conçoit que l'urine doit présenter des caractères physiques très variables

suivant les cas. Tout dépend, en effet, non de la gravelle elle-même, mais de l'état dans lequel se trouvent les organes urinaires. Le sang, le pus, l'albumine, le mucus, lui donnent des aspects que nous avons décrits plus haut, lorsque l'inflammation occupe les voies urinaires. Dans le cas contraire, l'urine conserve ses caractères normaux, et la présence du sable ou des graviers est la seule circonstance remarquable.

Voici toutefois une distinction importante établie par M. Rayer entre l'état de l'urine dans les cas de *gravelle urique* et dans les cas de *gravelle phosphatique* : « Lorsque, dit cet auteur, les graviers qui déterminent ces accidents (ceux de la *colique néphrétique*) sont composés d'*acide urique* (et c'est le cas le plus ordinaire), l'urine est *acide*, et le sédiment offre des *cristaux rhomboïdaux* d'un jaune rougeâtre. Filtrée, elle devient légèrement louche lorsqu'on la traite par l'acide nitrique, qui précipite une certaine quantité d'acide urique ou d'albumine, mélangée ou non de globules sanguins.

» Lorsque les graviers sont *phosphatiques*, l'urine, *alcaline* et louche au moment de l'émission, s'éclaircit d'abord par l'addition de l'acide nitrique, et elle se trouble quelquefois ensuite par l'addition d'une plus grande quantité de cet acide, si elle contient de l'albumine, du sang ou du pus. »

Sable. Quelquefois, ai-je dit, le sable formé par la cristallisation des principes salins de l'urine ne se montre qu'après l'émission et un commencement de refroidissement. Ce n'est sans doute pas là encore un état réellement pathologique ; mais cette cristallisation annonce l'imminence de la véritable gravelle, ainsi que nous l'avons vu, et le traitement devant commencer dès ce moment, le médecin ne doit jamais négliger ce symptôme. Il est bien rare que le sable qui se produit ainsi après l'émission de l'urine soit autre chose que de l'*acide urique* cristallisé. La poudre qui en résulte a, par conséquent, presque toujours les caractères du sable qui s'est formé avant l'émission, et qui est également de l'acide urique cristallisé dans le plus grand nombre des cas.

Lorsque le sable est formé au moment même de l'émission, il se rassemble promptement au fond du vase, tandis que celui qui se dépose par suite du refroidissement se montre d'abord sur les bords là où le liquide offrant une moindre épaisseur, subit le plus promptement l'influence de la température extérieure. C'est là un signe différentiel qu'il ne faut pas oublier. Quant aux caractères chimiques de ces gravelles pulvérulentes, comme ils ne diffèrent pas de ceux qu'on retrouve dans les gravelles où les concrétions sont plus volumineuses, je me contente ici de donner quelques indications qui serviront à distinguer entre eux les différents sables.

L'*acide urique* se montre quelquefois sous forme de poudre amorphe, mais bien plus souvent sous forme de prismes rhomboïdaux. L'*urate d'ammoniaque* est en poudre amorphe, et se distingue du phosphate de chaux, également en poudre amorphe, en ce que ce phosphate se dissout complétement dans l'acide nitrique étendu au huitième, tandis que l'urate d'ammoniaque donne un précipité d'acide urique cristallisé. Les *phosphates* se montrent sous forme d'un sédiment blanc et crayeux ; cependant le *phosphate ammoniaco-magnésien* est cristallin, et présente des prismes à quatre pans, terminés par des pyramides à quatre faces ou en aiguilles.

Graviers. On se rappelle que nous avons réservé le nom de *graviers* pour les

concrétions qui présentent un *volume* qui varie ordinairement entre celui d'une tête d'épingle et celui d'un pois, et qui parfois ayant une grosseur plus considérable, causent par cela seul les accidents alarmants de la *colique néphrétique*.

La *forme* des graviers varie beaucoup. Cependant il est exact de dire, d'une manière générale, qu'ils sont ovalaires ou oblongs ; c'est là en effet, le cas le plus ordinaire. Mais on en a vu d'arrondis, d'autres qui avaient la forme d'une poire, qui étaient prismatiques, etc. Il arrive parfois, même lorsque les calculs ont la forme arrondie, qu'ils présentent à leur surface une ou plusieurs aspérités ; en pareil cas, on comprend facilement comment, en traversant l'uretère, ils déterminent l'*hématurie* et la *colique néphrétique*.

Le *nombre* de ces concrétions peut être très considérable. En général, il est en rapport inverse de la grosseur des petits calculs ; mais cette règle souffre des exceptions.

Les autres caractères étant différents suivant les graviers, on ne peut les présenter d'une manière générale. Voyons donc ce qui distingue chaque espèce de gravelle.

Gravelle urique. Les graviers d'acide urique, les plus communs de tous, sont d'un rouge jaunâtre : de là le nom de *gravelle rouge ;* mais cette couleur n'est pas propre à l'acide urique, elle est due à une matière colorante sur laquelle les chimistes ne sont pas parfaitement d'accord. En contact avec les alcalis, et surtout avec la potasse, ils se dissolvent facilement et promptement. L'acide nitrique les dissout avec effervescence, et si l'on évapore la solution jusqu'à siccité, il reste sur le vase une couche de couleur pourpre. Exposés à un feu vif, ils sont entièrement consumés, signe caractéristique très important pour le praticien.

Gravelle phosphatique. Les graviers de *phosphate ammoniaco-magnésien* sont ceux qu'on rencontre ordinairement dans cette espèce. Lavés, ils se présentent avec une couleur blanche ; mais avant cette opération ils sont gris, ce qui leur a valu le nom de *gravelle grise*. Ils verdissent le sirop de violette. Leur saveur est salée. Sur les charbons ardents ils noircissent, en répandant une odeur ammoniacale. La potasse et la soude, triturées avec eux, en dégagent l'ammoniaque.

Les graviers de *phosphate de chaux* n'ont pas le même intérêt pour nous ; ils sont très rares, ainsi que les concrétions formées par les autres sels calciques. Ils sont blancs, d'où le nom de *gravelle blanche*, qui leur est commun avec celle qui est formée de graviers de *carbonate de chaux*, etc.

Gravelle oxalique. Les graviers formés d'*oxalate de chaux* sont loin de pouvoir être rangés parmi les plus fréquents. Ils sont généralement d'un jaune brun, et ont été désignés par le nom de *gravelle jaune ;* cependant on les trouve quelquefois de couleur brune et noirâtre. En les brûlant à l'aide du chalumeau, on enlève l'acide oxalique, et il ne reste qu'une poudre blanche qui n'est autre chose que la chaux pure.

Gravelle pileuse. On a trouvé quelquefois, comme nous l'avons vu, des poils au milieu des concrétions ; mais cette circonstance, très remarquable sous d'autres points de vue, n'a pas un intérêt réel pour le praticien.

J'ai dû, pour bien faire comprendre les caractères de la gravelle, indiquer d'une manière distincte ce qui se passe, suivant que du sable seul ou des graviers plus ou moins volumineux sont rendus. Mais il ne faut pas croire que les concrétions

urinaires se présentent toujours de la même manière chez un même sujet. Il est des malades, sans doute, qui dans tout le cours de leur affection ne rendent que du *sable* avec leurs urines; mais il en est beaucoup aussi qui rendent tantôt du sable, tantôt des graviers d'un petit volume, tantôt des graviers assez volumineux pour causer les symptômes de la colique néphrétique, et souvent il est très difficile de découvrir la cause du changement qui a lieu, à des intervalles variables, dans la grosseur des calculs, changement d'où résulte une si grande différence dans les symptômes de la maladie.

Lorsque les concrétions sont assez nombreuses pour déterminer l'irritation des parties qui les renferment, lorsque la maladie dure depuis longtemps, et qu'il y a eu plusieurs accès de coliques néphrétiques, les reins finissent par s'enflammer d'une manière chronique, et de là les symptômes de la *néphrite chronique :* douleur, miction purulente, dépérissement. Ces symptômes persistent jusqu'à la mort, avec des exacerbations plus ou moins vives, toujours dues aux irritations vives causées par les concrétions, et il n'est pas rare, dans de semblables circonstances, de voir des calculs se former chez des sujets qui jusque-là n'avaient rendu que du sable ou des graviers.

§ IV. — Marche; durée; terminaison.

Il résulte de la description précédente que la *marche* de la gravelle est une des moins uniformes que nous connaissions. La variabilité du volume des concrétions en est la cause; car suivant que celles-ci sont volumineuses ou non, le malade peut être en proie aux plus vives souffrances, ou paraître dans le meilleur état de santé. A cela il faut joindre les effets du traitement, qui peuvent pendant un certain temps faire disparaître tous les symptômes, et les variations du régime et des conditions hygiéniques, dont l'action sur la gravelle déjà existante est souvent très marquée.

La *durée* de cette affection est illimitée. Lorsque le malade rend du sable déjà formé au moment de l'émission de l'urine, il est rare qu'on en triomphe; et lorsqu'il existe de véritables graviers, on voit la maladie se prolonger ordinairement jusqu'à la mort du sujet, qui, ainsi que nous l'avons vu, peut être causée par la gravelle elle-même, lorsque les graviers sont abondants et assez volumineux pour irriter les parties et pour franchir difficilement l'uretère.

§ V. — Lésions anatomiques.

Lorsque l'affection consiste simplement dans un dépôt de sable, on trouve dans les diverses parties des conduits urinaires comme des incrustations formées par ces concrétions. Nous avons vu que chez les nouveau-nés les *tubuli* sont dessinés sous forme de pinceaux par la poussière d'acide urique qu'ils contiennent. On peut également trouver dans les parois des cavités rénales quelques légères traces d'inflammation; mais en général ces dépôts pulvérulents n'occasionnent pas d'altération sensible dans l'organe.

Les graviers se retrouvent également en plus ou moins grande abondance dans les calices et le bassinet. On peut en rencontrer même dans la vessie. Les signes d'inflammation des reins sont alors bien plus prononcés, et lorsque les graviers sont volumineux, nombreux, couverts d'aspérités, ils ont ordinairement provoqué

l'inflammation chronique du bassinet, des calices et même de la substance des reins. De là le pus dans ces cavités, les abcès, etc.; lésions que j'ai décrites à l'occasion de la *pyélite* et de la *néphrite chroniques*.

Si un gravier s'est arrêté dans l'uretère, et a suspendu le cours de l'urine et du pus, on observe la dilatation, par les liquides, du bassinet et de la partie de l'uretère située au-dessus de l'obstacle. Nous allons retrouver ces lésions plus marquées encore en décrivant les véritables *calculs rénaux*.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Le diagnostic de la gravelle telle que je l'ai décrite, c'est-à-dire abstraction faite des symptômes de la colique néphrétique, ne présente généralement aucune difficulté sérieuse, car la présence du sable ou des graviers dans les urines est le phénomène pour lequel on est consulté. Cependant il est quelques cas particuliers qui méritent d'être étudiés.

Un malade, sans avoir préalablement rendu du sable ou des graviers, éprouve des douleurs sourdes et continues dans une région rénale ou dans les deux à la fois; peut-on, en pareil cas, déterminer si ces douleurs sont dues à la gravelle dont la production n'est pas actuellement visible? Il faut dire, avec M. Civiale, que ce diagnostic, qui ne pourrait être porté que d'après des signes rationnels, est tout à fait impossible.

Un malade a, au contraire, rendu déjà du sable ou des graviers; après avoir été débarrassé des symptômes de cette affection, il lui survient de nouveau de la douleur, de la pesanteur dans la région rénale, mais on ne voit encore dans l'urine aucune concrétion. Dans ce cas, on peut supposer que de nouveaux graviers se sont formés dans les reins, mais on ne saurait porter un diagnostic positif, car beaucoup d'autres maladies, telles qu'une simple néphrite, un lumbago, une douleur nerveuse lombaire, peuvent produire des phénomènes semblables.

L'espèce de gravelle sera facilement diagnostiquée à l'aide des caractères qui ont été indiqués plus haut; il ne faudrait pas, comme le veulent quelques auteurs, se contenter de la couleur des graviers; car, ainsi que nous l'avons vu plus haut, elle peut être altérée par des substances étrangères. Pour le traitement il est important de porter d'une manière assez exacte ce diagnostic; cependant ce qu'il est principalement nécessaire de se rappeler, c'est que la gravelle est tantôt acide et tantôt alcaline, car c'est d'après cette considération capitale qu'on lui oppose les principaux moyens de traitement.

§ VII. — Traitement.

Je n'ai pas à insister beaucoup sur le traitement de la gravelle, parce qu'il est le même que celui des calculs rénaux et de la colique néphrétique, à laquelle ces diverses concrétions donnent naissance. Il en sera par conséquent question d'une manière détaillée dans les deux articles suivants. Je dirai seulement ici que les diurétiques doivent être plus particulièrement opposés à la simple gravelle, attendu que tout ce qui peut favoriser l'expulsion des graviers suffit maintes fois pour faire disparaître les accidents les plus redoutables, et que ces graviers, étant peu volumineux, sont plus ou moins facilement entraînés par le liquide urinaire.

ARTICLE IV.

CALCULS RÉNAUX.

Ce que je viens de dire relativement aux petites cristallisations ou concrétions qui constituent la gravelle me dispense d'entrer dans de longs développements sur les calculs qui se forment dans les reins ; la seule différence capitale qui existe en effet dans ces concrétions se trouve dans leur volume et dans leur forme. Je vais donc rapidement exposer ce qui appartient en propre aux calculs volumineux formés dans les reins, et passer ensuite immédiatement au traitement mis en usage pour les dissoudre, ainsi que les graviers dont je viens de tracer l'histoire.

Les *causes* des calculs rénaux ne diffèrent pas de celles de la gravelle. Leur *volume* varie énormément ; ainsi on en trouve qui excèdent à peine la grosseur d'un pois, et qui néanmoins n'ont pu être expulsés par l'uretère ou qui sont restés fixés dans le point où ils se sont formés ; d'autres, au contraire, remplissent tout le bassinet, et l'on en a vu qui, envoyant des prolongements rameux dans toutes les cavités rénales, ont ainsi envahi l'organe tout entier.

La *forme* des calculs n'est pas moins variée ; cependant on les trouve ordinairement arrondis, présentant ou non des aspérités plus ou moins considérables, par suite des prolongements qui envahissent les diverses cavités rénales. Leur forme est quelquefois très bizarre, aussi les a-t-on comparés souvent à divers animaux avec lesquels ils avaient une ressemblance grossière.

Ces calculs se trouvent ordinairement dans le bassinet et dans le calice ; on en a vu qui étaient à moitié engagés dans l'uretère, et, dans un cas, la partie engagée était longue et amincie, tandis que la partie restée dans le bassinet était aplatie, ce qui donnait au calcul la forme d'un clou.

La *composition* des calculs est la même que celle des concrétions décrites à l'article *Gravelle ;* cependant il arrive quelquefois qu'on trouve dans les calculs volumineux plusieurs couches de composition différente. « Non seulement, dit M. Civiale, toutes les espèces de calculs simples et homogènes peuvent prendre naissance dans le rein, de même que dans tous les autres départements des voies urinaires ; mais ils peuvent aussi, en y séjournant, y passer par tous les changements de nature et d'aspect qu'ils subissent dans la vessie. » Il faut seulement savoir que ces changements sont beaucoup plus rares dans la première de ces parties.

La *dureté* des calculs est très diverse ; ceux qui sont formés d'acide urique sont les plus durs. Ce caractère, du reste, n'a nullement l'importance qu'il présente dans les calculs de la vessie.

Il résulte de la diverse composition des calculs que les caractères chimiques peuvent varier plusieurs fois dans l'épaisseur d'une même concrétion ; car les concrétions sont généralement formées de couches concentriques, mais ce sont toujours les mêmes substances indiquées à l'article *Gravelle*, et par conséquent il n'y a pas à y revenir ici.

Symptômes. Un calcul rénal très volumineux peut exister longtemps dans le rein sans déterminer aucun symptôme. Les auteurs en ont rapporté d'assez nombreux exemples. Mais ordinairement on observe des phénomènes remarquables, dont les

principaux ont été déjà décrits (1). Ce sont des douleurs plus ou moins vives, occupant la région rénale et augmentant souvent, d'une manière extrêmement marquée, dans les mouvements brusques, pendant la course, dans l'équitation, et surtout en voiture ; ces douleurs se transforment souvent alors en véritables coliques néphrétiques. En pareil cas, tantôt le calcul se déplaçant, une de ses aspérités irrite violemment la substance rénale, et tantôt ce corps étranger s'engageant dans l'uretère, distend considérablement le conduit et arrête le cours de l'urine ainsi que l'évacuation de la matière purulente.

Les symptômes de la pyélite, d'abord aiguë, puis chronique, des *hématuries* à des époques variables, et, au bout d'un temps indéterminé, l'inflammation profonde du rein, sa destruction, le *dépérissement*, la *fièvre hectique* qui en est la suite, complètent le tableau de ces symptômes, auxquels se joignent fréquemment ceux de la pierre dans la vessie, car il n'est pas rare que cette dernière affection soit la conséquence de la tendance aux concrétions urinaires qu'on observe dans le rein.

La *marche* de la maladie est plus uniforme que dans la gravelle, c'est-à-dire que les symptômes existent d'une manière plus continue, et que, lorsque les calculs ont atteint un certain volume, on n'observe ordinairement pas des améliorations aussi notables que dans le cas de simples graviers ; mais les exacerbations, et par suite ces accidents si graves qui constituent la colique néphrétique, ne laissent pas de donner aux calculs rénaux un certain caractère d'intermittence irrégulière.

Cette affection cause la mort en déterminant les *lésions* profondes que j'ai eu bien des fois l'occasion d'indiquer jusqu'à présent, et sur lesquelles il serait peu utile de revenir ici.

Nous avons vu plus haut que les calculs pouvaient exister à l'état latent, mais ordinairement il n'est pas très difficile de reconnaître leur existence. Une douleur fixe dans une des régions lombaires ; l'exaspération de cette douleur sous l'influence des grands mouvements et surtout des secousses ; l'hématurie peu abondante qui en est parfois le résultat ; enfin la présence ordinaire ou fréquente d'une certaine quantité de pus ou de muco-pus dans l'urine serviront à fixer le *diagnostic*.

Lorsqu'il survient un *abcès*, une *tumeur des reins*, des *accès de colique néphrétique*, le diagnostic est tel qu'il a été présenté dans les articles précédents.

TRAITEMENT DES CONCRÉTIONS URINAIRES AYANT LEUR SIÉGE DANS LES REINS.

Il ne doit être question dans ce traitement, je dois le répéter ici, que des moyens signalés comme pouvant dissoudre les concrétions urinaires plus ou moins volumineuses, et faire disparaître toute tendance à la production de ces concrétions. Ce que je vais dire s'applique donc en même temps à la *gravelle* et aux *calculs* proprement dits, mais non aux accidents de *colique néphrétique* qui résultent de l'action de ces corps étrangers sur les reins ou les uretères.

Avant que la chimie nous eût fait connaître d'une manière précise la composition chimique des calculs, les moyens de traitement étaient indifféremment dirigés contre toutes les concrétions urinaires. Aujourd'hui encore, il est un certain nombre de ces moyens qui sont administrés sans qu'on tienne compte de la composition de ces concrétions ; je crois donc devoir commencer par l'étude de ces moyens communs.

(1) Voy. *Hématurie*, *Néphrite*, *Abcès rénaux*.

Je ferai ensuite connaître ceux qu'on a dirigés particulièrement contre les gravelles urique et phosphatique, et je dirai un mot du traitement de la gravelle oxalique et de la gravelle cystique. Ce n'est pas que je regarde comme parfaitement établie, ainsi qu'on le verra plus loin, la nécessité d'employer des moyens tout spéciaux pour chacune de ces espèces; mais cette division est nécessaire pour mettre de l'ordre dans l'exposition du traitement, et pour nous mettre à même d'apprécier à leur juste valeur les arguments des auteurs en faveur de leurs opinions, car nous trouverons la controverse établie sur la plupart des points que nous allons examiner.

1° *Moyens dirigés indifféremment contre toute espèce de calcul rénal ou de gravelle.* Lorsqu'il n'y a ni violente irritation des reins par les calculs ou par les graviers, ni passage difficile de ces corps étrangers dans l'uretère, etc., on ne pratique ordinairement aucune *émission sanguine;* cependant, si le sujet est vigoureux, sanguin, pléthorique, beaucoup de médecins, et en particulier ceux qui, avec M. Civiale, regardent l'irritation comme une des principales causes de la gravelle, conseillent de tirer une certaine quantité de sang, soit par la *saignée générale*, soit plus ordinairement par l'application des *sangsues* et des *ventouses scarifiées*. Cette partie du traitement n'étant applicable qu'à un nombre de cas limités, je n'insiste pas davantage.

Les *boissons abondantes* sont universellement recommandées. L'important dans cette médication est d'introduire dans l'économie une grand quantité de liquide aqueux, de manière que par ce seul fait, d'une part, l'urine se trouvant à un moindre degré de concentration, les parties solides restent plus facilement en dissolution; et, de l'autre, l'activité des reins se trouvant augmentée, le sable et les graviers qui pourraient se former soient plus facilement et plus promptement expulsés.

L'*eau simple* peut, par conséquent, être mise en usage dans ce but; les anciens auteurs, et en particulier Mead, recommandaient de ne boire que de l'*eau de rivière*, ce qui tenait à des idées particulières sur l'étiologie des calculs rénaux. Ils pensaient que les eaux de source et de puits, contenant ordinairement une grande quantité de carbonates alcalins, devaient favoriser la formation de calculs dans lesquels les sels alcalins se rencontrent assez fréquemment, comme nous l'avons vu plus haut; mais ces idées n'ont plus de crédit.

Le plus souvent on a recours à diverses infusions, dont la plupart sont regardées comme ayant une vertu *diurétique*. Ce sont les tisanes de *racine de fraisier*, de *chiendent*, de *queues de cerises*, de *lierre terrestre*, de *pariétaire*, de *busserole* de *pareira brava* (recommandée par Geoffroy).

Il est une substance qui a été regardée comme ayant une efficacité toute particulière dans le traitement de la gravelle: c'est le *suc des jeunes pousses du bouleau*. Van Helmont et Boyle, cités par Boerhaave (1), disent que le suc exprimé de ces pousses coupées au printemps, lorsqu'elles n'ont encore que trois travers de doigt de long environ, et donné à la dose de quelques cuillerées par jour, a été très utile aux calculeux. On sent que de pareilles assertions auraient besoin d'être appuyées sur les faits. Il faut ajouter que le suc est acidule, et que par conséquent on pourrait le regarder comme plus approprié au traitement de la gravelle où domine le principe alcalin, qu'à tout autre.

(1) *Chem.*, t. II.

Térébenthine. Il faut rapprocher des substances que je viens d'indiquer la térébenthine, qui a été donnée par bon nombre d'auteurs depuis Meïbomius, comme calmant la colique néphrétique, mais qui a été aussi administrée comme pouvant faire disparaître les concrétions urinaires. Le docteur Lutheritz l'a surtout préconisée, et voici comment le docteur Richter (1) administre cette substance :

℞ Térébentine de Venise.....	2 gram.	Extrait de réglisse.........	12 gram.
Savon médical............	12 gram.		

Mêlez. Faites des pilules de 0,10 grammes. Dose : de 10 à 15 par jour.

Les *bains tièdes* prolongés, que l'on fait ordinairement prendre aux malades, agissent dans le même sens que les boissons abondantes.

M. Civiale recommande les *applications émollientes* pour combattre l'irritation qui, selon lui, est la principale cause de la gravelle.

Diurétiques. Nous venons de voir que le principal effet des boissons précédentes est de rendre les urines plus abondantes, et que par conséquent c'est comme diurétiques qu'elles agissent réellement ; mais il est d'autres substances dont la vertu diurétique est plus marquée, et dont j'ai cru devoir dire quelques mots à part.

Les diurétiques employés contre la gravelle ne l'ont jamais été à des doses très considérables. Ainsi le *nitrate de potasse*, que l'on fait ordinairement dissoudre dans la *tisane de chiendent*, est administré à la dose de 50 à 60 centigrammes.

Ce n'est que comme diurétique que la *bière légère* (Ségalas), le vin de Champagne étendu d'eau, ont quelque effet dans le traitement de la maladie. Il serait inutile d'entrer dans de plus grands détails à ce sujet, rien n'étant plus facile que de diriger une semblable médication.

Que l'on fasse entrer ou non dans les boissons abondantes des diurétiques plus ou moins actifs, il est à craindre que l'estomac ne puisse pas les supporter, et que des troubles marqués dans les digestions ne viennent aggraver l'état du malade. C'est pour obvier à cet inconvénient que M. Magendie propose de donner ces *boissons à la glace*. Elles sont, en effet, généralement beaucoup mieux supportées en cet état.

Moyens divers. Quelques autres moyens applicables à toutes les espèces de gravelle ont été proposés par les auteurs. Voici les principaux :

Le *copahu* est une substance qui, par son action, se rapproche de celles qui ont été indiquées jusqu'à présent. Déjà quelques auteurs l'avaient recommandée, lorsque le docteur Chrestien (2), l'unissant à la *décoction de café cru*, en a fait un des principaux médicaments opposés à cette maladie. Le traitement est dirigé de la manière suivante :

℞ Baume de copahu......................	ÂÂ parties égales.
Farine de froment......................	
Gomme arabique......................	

Faites des pilules de 0,30 grammes. Dose : 6 le matin et 6 le soir.

Immédiatement après avoir pris les pilules, on doit boire une grande tasse de la décoction suivante :

(1) *Spec. therap.*
(2) *Revue médicale*, octobre 1836.

℞ Café cru............................. 30 semences entières.

Faites bouillir pendant une demi-heure dans :

Eau commune...................... 2 litres.

Dans la journée, on prend une troisième tasse de cette décoction.

Nous n'avons pas de données précises pour nous fixer sur la valeur de ce traitement, qui, d'après le docteur Chrestien, doit être continué *pendant plusieurs années;* et, d'un autre côté, ce ne serait pas sans doute une petite difficulté pour le médecin, d'engager le malade à se soumettre à une pareille médication pendant si longtemps.

Le docteur Roques (1) a également vanté les bons effets du *café* contre la gravelle.

Enfin, M. Foy (2) a cité un cas de guérison de *gravelle urique* chez un goutteux, par l'usage journalier de cette substance; toutefois, il faudrait de nouveaux faits pour établir définitivement son efficacité.

M. Levrat-Perroton (3) a vanté les bons effets de la *marchantia conica* (hépatique des fontaines). Cette plante, administrée aussi par M. Gensoul, est, suivant M. Levrat-Perroton, un diurétique meilleur, dans les cas de gravelle, que ceux qu'on a l'habitude de prescrire. Il la donne en *décoction concentrée*, à la dose d'un litre et demi à deux litres par jour. Il y a recours dans la dysurie dépendant de la présence des graviers et dans la colique néphrétique.

En Italie, on emploie comme lithontriptique, les *gouttes de Palmieri* (4), dont voici la formule.

℞ Fleurs de soufre...................... 30 gram.

Faites bouillir dans :

Eau de goudron...................... 500 gram.

Maintenez l'ébullition jusqu'à ce que la liqueur ait pris une belle couleur rouge rubis. Décantez et conservez pour l'usage. Dose : de 13 à 20 gouttes comme moyen curatif, et 10 gouttes comme préventif.

Il faut en appeler à l'expérience pour savoir à quoi s'en tenir sur la valeur de ce remède.

Enfin je citerai l'usage du *miel* pris à la dose de 400 grammes par semaine, uniquement parce qu'il a été recommandé par Pringle, car rien ne prouve qu'il ait une efficacité réelle. Quelques médecins, et entre autres M. Civiale, ont conseillé les *sudorifiques;* mais la plupart des auteurs proscrivent ces médicaments, parce qu'il y aurait contradiction à exciter les transpirations chez des sujets dont on veut rendre les urines plus abondantes.

Toutefois on peut admettre que, dans les cas où les urines contiennent un dépôt considérable d'acide urique, une perte plus ou moins considérable, par la transpiration, des acides contenus dans le sang, peut avoir un bon effet.

On a encore prescrit les *eaux sulfureuses* en boisson et en bains, les *bains froids*, les *douches de vapeur*, etc.

Borsieri (5) conseille aux malades de *ne pas se coucher du côté du rein affecté.*

(1) *Bulletin de thérapeutique.*
(2) *Bulletin général de thér.*, 15 mars 1848.
(3) *Revue méd.*, novembre 1845.
(4) Voy. *Bull. gén. de thérap.*, 30 septembre 1849.
(5) *Inst. med. pract.*, t. IV, *De nephralgiâ.*

Il donne ce conseil dans l'intention de prévenir la formation des concrétions, en mettant l'organe dans une position moins déclive, et en facilitant l'écoulement de l'urine du rein dans la vessie, ce qui entraîne les concrétions, et les empêche d'acquérir un volume notable. Il est plus que douteux qu'on atteigne ce but par ce moyen mécanique, et l'on doit bien peu compter sur cette médication préventive.

Je ne parle pas ici de la recommandation que fait M. Magendie de se livrer à la *marche* et à l'*équitation*, parce que ces exercices, n'ayant pour but que de faire détacher les graviers avant qu'ils soient trop gros, ne sont qu'un moyen préventif de la *colique néphrétique*. J'y reviendrai en parlant de cette maladie.

Régime. Il semble que les opinions si diverses émises par les auteurs sur l'influence du régime ont dû les conduire à prescrire un genre de vie très différent, suivant la manière de voir de chacun; mais il n'en est rien. Ils s'accordent tous à proscrire les aliments succulents, les viandes noires, les liqueurs alcooliques. Des idées très diverses les ont conduits aux mêmes conclusions. Ceux qui, avec M. Magendie, regardent le régime succulent et les boissons alcooliques comme la principale cause de la gravelle, ont naturellement recommandé un régime opposé, et ceux qui, avec M. Civiale, n'accordent point d'influence réelle au régime, ont trouvé dans l'irritation qui, suivant eux, occupe le rein, un motif suffisant pour adopter cette pratique. C'est donc une manière de voir unanime que chez les sujets atteints de gravelle on doit recommander aux malades de se nourrir de viandes blanches, de poissons, de légumes, de manger peu, et de se priver de boissons alcooliques. Quelques médecins, et en particulier M. Magendie, veulent même qu'on supprime entièrement tout aliment contenant de l'azote, et qu'on se soumette à un *régime purement végétal*. Lobb (1) avait déjà insisté sur l'utilité du régime végétal. Mais ce que nous avons dit dans l'article consacré à l'étiologie doit nous faire regarder cette prescription comme beaucoup trop rigoureuse; car si l'on peut accorder une certaine influence au régime sur la production des concrétions urinaires, il ne faut pas en conclure que cette influence est due à la présence de l'azote dans les aliments. Cette explication, toute chimique, est bien loin d'avoir la valeur d'une démonstration.

2° *Moyens dirigés particulièrement contre la gravelle urique*. Lorsque les analyses chimiques ont fait parfaitement connaître la composition des concrétions urinaires, on a pu croire qu'il allait devenir facile de diriger contre chacune de leurs espèces des moyens appropriés qui en triompheraient facilement; mais on a bientôt vu combien les réflexions de M. Liebig sur les médications de ce genre sont incontestablement justes. « Sans poser, dit cet auteur, les questions d'une manière précise, on a mis le sang, l'urine et d'autres parties de l'organisme, sain ou malade, en contact avec des alcalis, des acides et toute espèce de réactifs chimiques, et l'on est parti de ces réactions pour faire des inductions sur les phénomènes de l'économie. Quelquefois le hasard a conduit ainsi à un médicament utile; mais il est impossible qu'une pathologie rationnelle se fonde sur ces sortes de réactions, car l'économie animale ne peut pas être considérée comme un laboratoire de chimie. »

(1) *A treat. on dissol. of a stone*, etc.; London, 1739.

Ce que M. Liebig dit de la pathologie en général s'applique particulièrement au traitement de la gravelle urique. Comment ne pas être persuadé que cette gravelle acide devait céder, sans qu'il pût y avoir de doute à ce sujet, au traitement par les *boissons alcalines?* Aussi s'est-on empressé d'administrer ces boissons en plus grande abondance et avec plus de persévérance qu'on ne l'avait fait encore; mais les expériences regardées par quelques médecins comme entièrement favorables à la théorie sont loin d'en avoir convaincu quelques autres. Examinons rapidement les principaux points de ce débat important.

MM. Magendie (1) et Darcet (2) attirèrent d'une manière particulière l'attention des médecins sur le traitement alcalin de la gravelle urique, puis plusieurs auteurs rapportèrent des faits et des expériences en faveur de cette médication; mais c'est M. Ch. Petit (3) qui a principalement insisté sur l'utilité de la médication alcaline qu'il a employée très fréquemment à Vichy. Suivant lui, les calculs d'acide urique, même volumineux, sont dissous, sur le vivant, après avoir été transformés en urates solubles. Tel est l'état de la question dans sa plus grande simplicité, car nous devons ici écarter les expériences faites en plongeant des calculs dans de l'eau alcaline, ou en les soumettant à un courant de ce liquide. Ces expériences ont pu, en effet, porter à recourir aux eaux alcalines, mais ce n'est que sur les faits cliniques qu'on peut établir une opinion solide. Or ces faits ont été vivement critiqués par M. Civiale et surtout par M. Leroy d'Étiolles, qui a étudié avec le plus grand soin ce point important de thérapeutique. Ce dernier auteur a démontré que la plupart des faits cités par M. Ch. Petit manquaient des conditions nécessaires pour établir la conviction dans les esprits sévères; que dans beaucoup, la présence du calcul n'avait pas été suffisamment constatée (4); que jamais on ne les avait mesurés exactement, et qu'enfin les améliorations éprouvées par les malades s'observent tous les jours sous l'influence d'une autre médication, et même en l'absence de toute autre médication.

D'un autre côté, M. Leroy d'Étiolles a cité plusieurs cas dans lesquels les alcalins pris à l'intérieur ont été complétement inutiles, et, ce qui est bien plus grave, d'autres où ce traitement a été nuisible. Cet auteur a, en effet, constaté la présence du carbonate de chaux, formant une ou plusieurs couches, sur des calculs composés d'autres substances, et il a montré que ces couches, que M. Petit regardait comme une preuve de l'action dissolvante des eaux alcalines, étaient dues, non à la décomposition de la partie la plus superficielle des calculs, mais bien au dépôt des sels terreux contenus dans les urines et précipités par l'alcalinisation de celles-ci; d'où il suit que les calculs avaient augmenté de volume sous l'influence du traitement. M. Bouchardat a été conduit aux mêmes résultats, en examinant des calculs avant et après le traitement par les alcalins. Enfin on a cité des faits où il a été permis de penser, quoiqu'on n'en ait pas eu la démonstration directe, que la

(1) *Recher. sur la grav.*; Paris, 1828.

(2) *Annales de chimie et de physique*, 1826.

(3) *Du trait. méd. des calculs urinaires*, etc.; Paris, 1835 — *Nouv. observ. de guérison des calculs urin. au moyen des eaux therm. de Vichy*; Paris, 1837. — *Du mode d'action des eaux minérales de Vichy et de leurs applications thérapeutiques*, etc.; Paris, 1850, p. 153 et suiv.

(4) Dans la discussion, les auteurs ont parlé en même temps de la gravelle, des calculs rénaux et des calculs vésicaux, et c'est surtout de ces derniers qu'ils se sont occupés; mais on conçoit que ce qui se dit d'une de ces espèces de concrétions urinaires peut facilement s'appliquer aux autres.

l'urine, et les autres phénomènes qui vont être décrits. Les cas qui m'ont été communiqués par M. Cossy sont venus me confirmer dans cette manière de voir. Sous ce rapport donc, l'inflammation des reins ne diffère pas de celle des autres organes, et le frisson qu'elle présente n'a rien de particulier.

La néphrite aiguë qui a été occasionnée par une contusion ou une blessure du rein a cela de particulier, relativement à son début, qu'elle survient au milieu des symptômes produits par la blessure ou par la contusion, ou bien que, ceux-ci s'étant calmés, elle se manifeste par les signes qui lui sont propres. De même, cette maladie se produisant parfois, ainsi que nous l'avons vu, dans le cours d'autres affections des voies urinaires, c'est au milieu des phénomènes causés par ces dernières qu'il faut chercher ceux qui annoncent l'invasion du rein par l'inflammation, et qui sont l'apparition ou la recrudescence de la douleur rénale, et parfois le frisson.

Symptômes. La *douleur*, qui, contrairement à l'assertion de M. Rayer, s'est montrée fréquemment comme le premier symptôme de la néphrite aiguë, n'occupe ordinairement, suivant cet auteur, qu'un seul côté; je vois, au contraire, que dans ceux qui ont été observés par M. Louis, elle a toujours existé dès le début dans les deux régions rénales. Parfois, après avoir envahi un rein, elle se porte à celui du côté opposé. Quant à la limite que peut occuper cette douleur dans ces régions, il est impossible de la déterminer rigoureusement. Contentons-nous donc de dire, avec M. Rayer, que quelques auteurs ont donné pour limites à la douleur du rein gauche, d'une part la onzième côte, et de l'autre la crête de l'os des iles, et à celle du rein droit ce dernier point et la douzième côte. Suivant M. Naumann (1), la douleur du rein droit gagnerait le foie, et celle du rein gauche les parties inférieures. Ce qu'il importe de savoir, c'est que le point de départ de la douleur est au niveau du muscle carré des lombes, et qu'on observe des *irradiations* que nous allons indiquer.

Ces irradiations n'ont pas lieu dans tous les cas, et il est très probable qu'on aurait trouvé un plus grand nombre d'exceptions, si l'on n'avait pas confondu dans une seule description la néphrite simple non calculeuse et la néphrite calculeuse. Mais cette confusion est si grande, qu'il est impossible de distinguer clairement, dans les auteurs, les symptômes causés par l'inflammation de la glande urinaire et ceux qui sont produits par l'irritation que détermine la présence des calculs. M. Rayer, qui, plus que les autres auteurs, a recherché ce qui appartient en propre à la néphrite proprement dite, est aussi celui qui a reconnu le plus explicitement la possibilité de cette concentration de la douleur dans la région du rein. Cependant il serait inexact de dire que, lorsqu'il n'existe aucun calcul, la douleur ne s'irradie pas, car elle peut se porter au loin, en suivant certaines directions. Il résulte de la lecture des observations rassemblées par M. Rayer, que lorsque la néphrite n'est pas causée par les calculs, la douleur s'irradie presque invariablement le long des uretères, de la vessie et du canal de l'urètre, et qu'elle gagne le testicule et même la cuisse du côté affecté. Dans les cas où l'on a vu cette douleur se porter vers l'estomac, vers le foie et vers l'épaule, on a eu presque toujours, si ce n'est toujours, affaire à une néphrite calculeuse. C'est donc là un phénomène important.

Les *caractères de la douleur* varient suivant les cas. Elle est quelquefois très

(1) *Handbuch der medicin. Klinik.*, t. VIII.

vive et paraît superficielle, et plus souvent elle est sourde et profonde. Si l'on ne distinguait pas la néphrite non calculeuse de la néphrite calculeuse, il faudrait s'exprimer différemment, car les douleurs causées par l'action d'un calcul sont presque toujours très vives, et l'on peut dire que la douleur due à l'inflammation n'égale jamais celle que produit un calcul qui se déplace. Nous trouvons ici la même différence que nous avons signalée entre la douleur due à l'inflammation du parenchyme du foie et celle que produit un calcul biliaire engagé dans les conduits d'excrétion de ce viscère.

Voici ce que dit M. Rayer relativement à la forme de la douleur : « On a dit que la douleur rénale était quelquefois pulsative, mais il est bien rare qu'elle se présente avec ce caractère ; ce sentiment de pulsation est au contraire ordinaire dans les périnéphrites. » J'ajoute que, d'après les observations de néphrite non calculeuse, la douleur consiste ordinairement dans un sentiment de tension souvent extrêmement incommode.

Un phénomène particulier qui a été signalé par M. Rayer, et qu'il importe de connaître, est le suivant : « On a vu des cas, dit cet auteur, dans lesquels la douleur à la vessie était plus vive que la douleur rénale ; il y avait en même temps émission fréquente de très petites quantités d'une urine décolorée et transparente, sans globules muqueux ; et dans des cas où la vessie avait été le siége principal, sinon exclusif, des douleurs, elle n'a présenté, après la mort, que des lésions très légères, tandis que les reins étaient profondément altérés. »

Quoique les points qui viennent d'être indiqués soient ceux qui sont ordinairement occupés par la douleur, il ne faut pas croire qu'ils en soient toujours uniquement le siége. Dans plusieurs observations, en effet, je trouve qu'une grande partie de l'abdomen et la région lombaire tout entière étaient occupées par des douleurs assez vives. Mais, même dans ces cas, ce sont les points dont il s'agit qui sont principalement douloureux.

Ce que je viens de dire s'applique à la *douleur spontanée ;* il importe maintenant d'étudier la *douleur à la pression* et l'augmentation de ce symptôme sous quelques influences particulières, ce qui n'offre pas moins d'intérêt. Je me contenterai de citer M. Rayer, qui a étudié les faits avec soin, sous ce rapport : « Si, dit-il, on pose la main sur la partie antérieure de la région lombaire, et qu'avec l'autre main appliquée en arrière de la même région, on presse fortement, le malade, pour éviter la douleur, soulève quelquefois brusquement le bassin, en arquant la partie inférieure du tronc.

» La douleur rénale augmente lorsque les malades s'assoient, se courbent en avant, etc. ; par la commotion de la toux, par l'éternument, par une inspiration profonde, et généralement dans tous les mouvements du tronc.

» La douleur rénale peut être augmentée par le coucher sur le côté affecté ; lorsque les deux reins sont enflammés, le malade est étendu sur le dos.

» La chaleur du lit ou l'application de corps chauds augmentent quelquefois la douleur. »

Quant à la *marche de la douleur*, on a dit qu'elle offre cela de remarquable, qu'elle n'est pas continue, et qu'elle a des exacerbations séparées par des moments de calme très marqués. En lisant les observations, je n'ai vu cette particularité très prononcée que dans un très petit nombre de cas qui avaient une physionomie

particulière ; dans les autres, la douleur offrait quelques exacerbations, mais restait assez vive dans les intervalles. C'est ce qui avait lieu chez les onze malades observés par M. Cossy dans le service de M. Louis.

Si l'on examine la région dans laquelle s'est développée cette douleur si incommode, on n'observe rien de particulier ni sous le rapport de la conformation, ni sous le rapport de la coloration et de la température ; le siége de l'inflammation est trop profond pour qu'on puisse en apercevoir aucune trace à la surface. M. Rayer a néanmoins cité un cas où l'on pouvait sentir une *tumeur* au-dessous du bord libre des côtes, point dans lequel il y avait une vive douleur. Mais les cas de ce genre sont tout à fait exceptionnels.

On a dit que la *percussion* pourrait être utile pour éclairer le diagnostic de l'inflammation des reins ; mais les expériences fatigantes pour les malades, et sans résultat utile, qui ont été faites par M. Piorry, ne doivent pas engager le médecin à employer ce moyen d'exploration. Par la percussion, on ne peut que reconnaître l'existence de la douleur rénale ; mais nous avons vu que la palpation, convenablement pratiquée, suffit parfaitement pour cela ; et en supposant même qu'on parvînt à déterminer rigoureusement, par ce moyen, l'augmentation de volume du rein, devrait-on acheter la connaissance d'un signe d'une importance aussi secondaire au prix de tous les désagréments que l'exploration occasionne au malade, lorsque nous avons tant d'autres signes qui indiquent l'inflammation rénale, affection qui, quel que soit son siége précis, réclame les mêmes moyens de traitement. Je sais, et je l'ai dit et répété souvent, qu'il faut en médecine des recherches exactes ; mais il y a en tout des excès qu'on doit éviter, et celui que je signale ne paraîtra pas contestable à un médecin sérieux.

Après la douleur, le symptôme le plus important est, sans contredit, le trouble toujours très marqué qu'on observe dans la *sécrétion* et dans l'*excrétion de l'urine*. M. Rayer a, sous ce rapport, donné un résumé exact des observations qu'il a rassemblées, et je ne peux, par conséquent, mieux faire que de lui emprunter sa description : « Lorsque, dit-il (1), la maladie est à son *début* ou dans son *état*, l'urine est modifiée dans sa *quantité*, dans son *apparence* et dans sa *composition*. La sécrétion de l'urine est toujours diminuée et quelquefois complétement supprimée, surtout lorsque les deux reins sont affectés. L'excrétion de l'urine est rare (deux ou trois émissions dans les vingt-quatre heures), ou bien le malade, tourmenté par des besoins continuels d'uriner, ne rend que quelques gouttes d'urine à la fois ; et si l'on introduit une sonde dans la vessie, on ne retire que quelques gouttes d'urine très colorée... »

Ces symptômes ont été étudiés avec plus de rigueur dans les cas que M. Cossy a recueillis dans le service de M. Louis. Ce qu'on a observé dans ces cas qui peuvent être regardés comme des néphrites simples est trop intéressant pour que je puisse me dispenser de rapporter ici la note qui m'a été communiquée à ce sujet par M. Cossy. Je la reproduis textuellement : « Onze malades ont éprouvé dans le cours d'affections diverses, et pendant leur séjour à l'hôpital, les accidents suivants : Douleurs plus ou moins intenses aux lombes, diminution notable ou même suppression presque complète des urines ; chez quelques uns il y avait accélération du

(1) *Traité des maladies des reins*, t. I, p. 302.

pouls, et de la chaleur. Chez tous les malades, les symptômes se dissipèrent soit spontanément, soit à la suite d'application de sangsues ou de ventouses scarifiées aux régions lombaires, et dans aucun cas ne persistèrent au delà de quarante-huit heures. A part sa diminution de quantité, l'urine n'offrit chez aucun sujet d'altération appréciable dans ses caractères physiques. »

« L'urine, dit M. Rayer, contient toujours une certaine quantité de *sang* dans la *néphrite aiguë traumatique*, lorsque l'inflammation se déclare peu de temps après la blessure. On voit aussi quelquefois une certaine quantité de sang ou de sérum se mêler accidentellement avec l'urine, la rendre sanguinolente ou albumineuse dans d'autres néphrites simples aiguës, produites par l'impression du froid et de l'humidité, ou par l'absorption des cantharides. »

M. Rayer signale ensuite la *présence de l'albumine* dans un bon nombre de cas de néphrite simple, et fait observer que cette substance ne se montre pas, en pareil cas, d'une manière constante; puis il constate que ce liquide est légèrement acide, quelquefois neutre ou alcalin, que l'acide urique et les urates y sont en moins grande proportion que dans l'urine saine, et que le dépôt muqueux, ou plus rarement le léger sédiment de pus qui peut se montrer dans l'affection qui nous occupe, appartient, non à la néphrite elle-même, mais à l'extension de l'inflammation aux calices et au bassinet; enfin il ajoute :

« L'apparence ou les *caractères physiques* de l'urine sont nécessairement variables dans la néphrite simple aiguë. Lorsque l'urine contient une certaine quantité de sang, elle peut être d'un rouge plus ou moins vif ou d'un brun foncé; ce qui a fait dire à quelques pathologistes que, dans la néphrite, l'urine avait une teinte plus foncée que dans aucune autre maladie inflammatoire.

» Dans une variété de néphrite (néphrite arthritique), l'urine présente quelquefois une teinte foncée due à un excès de matière colorante de l'urine. Dans ce cas, l'urine est très acide et offre par le refroidissement un dépôt considérable d'acide urique et d'urates. » J'ai cité cette assertion de M. Rayer, quoique jusqu'à présent il n'ait point été question de cette variété de néphrite, dont je dirai un mot plus tard; j'ai cru devoir le faire, parce que cette proposition tend à propager une erreur. On pourrait croire, en effet, en lisant ces lignes, que les caractères de l'urine, qui viennent d'être indiqués, appartiennent à la néphrite elle-même, que sans l'existence de la néphrite ils ne se manifesteraient pas; mais à propos de la *néphrite rhumatismale*, l'auteur dit lui-même que cette apparence des urines est un symptôme de la maladie générale, et n'est nullement de nature à faire soupçonner l'affection des reins. Il était important de constater ce fait.

« Lorsque la néphrite simple aiguë, ajoute M. Rayer, est dans son état ou à son summum, et lorsqu'elle n'a pas été produite par une plaie ou une contusion, le plus souvent l'urine ne contient pas de sang; alors elle est *pâle*, ou peu colorée, peu chargée d'acide urique; ce qui a fait ajouter que, dans la néphrite, au plus haut degré d'intensité, l'urine était tout à fait aqueuse.....

» On a dit que dans la néphrite l'urine était trouble et purulente lorsque la maladie se terminait par suppuration, et que l'urine présentait alors un sédiment blanc et purulent. Mais ce caractère appartient bien rarement à la néphrite. Ordinairement le pus est le produit de l'inflammation de la membrane interne du bassinet, de l'uretère, de la vessie et de l'urètre, qui complique souvent, il est

vrai, celle des substances rénales proprement dites. Dans des cas de néphrite simple aiguë avec dépôts de pus dans la substance corticale, sans inflammation du bassinet et des autres parties des voies urinaires, j'ai constaté plusieurs fois, pendant la vie, que l'urine *ne contenait pas de pus*. On a regardé comme provenant de la substance rénale proprement dite en suppuration le pus fourni par de véritables pyélites aiguës ou chroniques. Je n'ai rencontré, dans l'urine, le pus provenant des substances rénales que dans des cas très rares où les mamelons étaient atteints d'une inflammation ulcérative, ou lorsqu'un foyer de pus, formé dans le rein, s'était fait jour dans le bassinet. » Dans les cas de suppuration des reins, recueillis par M. Cossy, les urines n'ont pas été purulentes, mais seulement troubles, ce qui vient confirmer les remarques de M. Rayer.

« En résumé, ajoute cet auteur, de tous les caractères que présente l'urine dans la néphrite simple aiguë, il n'en est aucun qui, considéré en lui-même, puisse faire reconnaître cette maladie. »

J'ai cru devoir donner ces détails, quoiqu'ils ne nous aient conduits qu'à des résultats négatifs, parce qu'aujourd'hui les médecins s'occupant beaucoup des altérations des humeurs dans les maladies, il est indispensable de savoir ce qu'ont produit les recherches déjà entreprises, et que, pour le diagnostic, il faut avoir un point de comparaison précis. Si M. Rayer est parvenu à des résultats différents de ceux que les auteurs qui l'ont précédé ont annoncés d'après une simple inspection, c'est que, d'une part, il a examiné les choses de plus près, et que, de l'autre, il a distingué l'inflammation de la substance même du rein de celle des premières parties des conduits urinaires. Or, comme cette distinction a son importance, et que nous l'avons admise, ce sont ces résultats que nous devons adopter.

M. Becquerel (1), ayant recherché, dans un petit nombre de cas (six) de néphrite sans inflammation des conduits urinaires, l'état des urines, a trouvé tout simplement qu'elles étaient *fébriles* (c'est-à-dire peu aqueuses, foncées en couleur et chargées de matières salines, car c'est là ce que cet auteur entend par l'expression d'*urines fébriles*) sans autre altération. Mais cela ne change rien à ce que nous venons de dire, car tout dépend de l'époque à laquelle l'observation a été faite; et, comme M. Becquerel ne nous l'apprend pas, nous n'avons aucune déduction à tirer de ces faits.

La *rétraction du testicule* du côté malade a été observée un assez grand nombre de fois, et sur trois cas en particulier où la néphrite s'était développée sans cause appréciable, ce phénomène s'est montré deux fois. En pareil cas, le testicule se porte vers l'anneau, laissant le scrotum de son côté ridé et revenu sur lui-même. Parfois cette rétraction est douloureuse. Je dois toutefois faire remarquer, à propos de ce symptôme, qu'il est probable que, dans plusieurs des cas cités comme des exemples de néphrite simple avec rétraction du testicule, il y avait plutôt une pyélite causée par un calcul rénal; car la néphrite, en l'absence de calcul des reins, affecte bien rarement un seul de ces organes. C'est ce qui résulte de l'examen des faits observés par M. Louis et recueillis par M. Cossy. De tous ceux, en effet, où l'existence de la néphrite a pu être vérifiée par l'autopsie, il n'en est aucun où une néphrite simple soit aiguë, soit chronique, ait été bornée à l'un des reins. Or,

(1) *Séméiotique des urines*; Paris, 1841.

comme la rétraction du testicule n'est presque jamais mentionnée que d'un seul côté, il est plus que probable qu'elle a été occasionnée maintes fois par une véritable *colique néphrétique*.

Tous les auteurs ont longuement insisté sur les dérangements qui surviennent du côté des voies digestives dans la néphrite simple aiguë ; mais aucun ne les a étudiés avec toute la rigueur nécessaire. On a cité, comme appartenant à cette maladie, les *nausées*, les *vomissements*, les vomituritions, les *douleurs intestinales*, la *constipation ;* mais ces phénomènes appartiennent bien plus à la néphrite occasionnée par les calculs qu'à celle dont il a été question jusqu'à présent ; et s'il est des cas où il y a eu des vomissements de matières bilieuses, muqueuses, ou ayant quelquefois l'odeur urineuse, sans qu'il ait existé aucun calcul dans le rein, on doit les regarder comme entièrement exceptionnels. Ce qui appartient réellement à la néphrite dont il est ici question, c'est l'enduit muqueux de la *langue*, un certain degré de *soif*, l'*anorexie ;* en un mot, des symptômes communs à toutes les inflammations assez intenses pour déterminer un mouvement fébrile.

Les *symptômes* généraux de la néphrite simple aiguë sont très difficiles à apprécier avec les documents qui nous sont fournis par les auteurs. Ce que nous savons de plus précis, c'est que, au moment où l'inflammation prend un assez haut degré d'intensité, le *pouls* devient dur, élevé, fréquent, et que, si la maladie fait de grands progrès, il devient petit, concentré, sans perdre de sa fréquence, ou même en présentant un plus grand nombre de pulsations. En même temps la *peau* est chaude et sèche. On a remarqué dans les symptômes généraux ces exacerbations tranchées, que j'ai déjà signalées à propos de la douleur, et ces exacerbations ont été quelquefois tellement violentes, que la maladie a simulé des accès de fièvre intermittente pernicieuse. Mais ce sont là encore des cas exceptionnels que nous ne devons même accepter qu'avec quelques restrictions, parce qu'il n'est pas parfaitement prouvé que le déplacement d'un calcul ne fût pas uniquement la cause de ces phénomènes rémittents. Dans les faits observés par M. Cossy, il n'y a eu rien de semblable.

Suivant M. Rayer, il n'y a pas un rapport constant entre l'intensité de la fièvre et les principaux symptômes locaux, c'est-à-dire la douleur rénale et la diminution de la sécrétion urinaire. Cette proposition peut être juste ; mais si l'on admettait sans discussion les faits rapportés par l'auteur que je viens de citer, on courrait risque de tomber dans une grande exagération. M. Rayer a rassemblé, en effet, plusieurs cas dans lesquels il y avait *fièvre très violente*, *coma*, *stupeur*, *putridité*, et il les a donnés comme des cas de néphrite simple aiguë. Mais, quand on examine attentivement les observations, on voit qu'il n'est nullement prouvé qu'il n'existât pas, en même temps que l'affection rénale, une maladie générale, et en particulier une *infection purulente*, qui n'a pas été recherchée dans tous les cas, il s'en faut. Il ne répugne pas toutefois d'admettre qu'une maladie qui détermine promptement la suppuration, la désorganisation d'un organe comme le rein, puisse produire des symptômes généraux très intenses; le coma, le délire, la stupeur étant sous l'influence de la fièvre, tout dépend de l'intensité de celle-ci, et l'on sait que, dans la plupart des inflammations, il y a un certain nombre de cas où ce mouvement fébrile est hors de toute proportion ; mais ce qu'il y a de certain, c'est qu'il faut, pour que ce fait puisse être convenablement apprécié et pour qu'on

puisse savoir si la néphrite présente sous ce rapport quelque chose de particulier, que les recherches soient plus exactes et plus rigoureuses qu'elles ne l'ont été jusqu'à présent.

Lorsque la maladie tend à se terminer par la guérison, la fièvre tombe en même temps que la douleur commence à s'apaiser ; puis celle-ci disparaît peu à peu ; les urines deviennent plus faciles, plus abondantes, et le malade entre promptement en convalescence. Dans le cas contraire, le pouls devient petit et serré, les urines se suppriment, il survient de l'abattement, et c'est alors qu'on voit succomber les malades dans le délire et le coma. Lorsqu'il se forme un ou plusieurs foyers purulents dans la substance du rein, il se manifeste quelques phénomènes dont il importe de dire un mot à part, bien que ce sujet n'ait point été, à beaucoup près, convenablement étudié.

Abcès du rein. Lorsqu'un ou plusieurs abcès se forment dans le rein, on peut croire d'abord (à moins que ces lésions ne soient le résultat d'une infection purulente, auquel cas la maladie générale prédomine), on peut croire que l'affection tend à une terminaison favorable, parce que la douleur se calme et que le malade éprouve un bien-être momentané ; mais bientôt le *pouls* reprend de la fréquence ; une gêne, une pesanteur, parfois une *douleur pulsative* se font sentir dans la région rénale, et l'on observe enfin de petits frissons revenant par accès, état qui se prolonge pendant plusieurs jours. Les cas de ce genre où l'abcès n'occupe que la substance rénale même sont bien rares, et le plus souvent le tissu qui environne le rein participe à l'inflammation ; il y alors complication de *périnéphrite*, pour nous servir de l'expression de M. Rayer.

« Cette collection purulente, dit Boyer (1), produit entre les muscles et le péritoine une tumeur s'étendant plus ou moins dans la région lombaire, et qui se prolonge quelquefois en devant sur les côtés du ventre. Chez quelques individus, la résistance et l'épaisseur des parois de l'abdomen ne permettent pas au liquide de faire saillie au dehors : il se porte alors vers la colonne vertébrale et le bassin, et dans ce cas il est fort difficile de reconnaître sa présence. Néanmoins la chose n'est pas toujours impossible, surtout si l'on prend la précaution de faire coucher le malade sur le côté et de comprimer les parois du ventre en différents sens pour rassembler le pus dans un foyer plus étroit, ce qui rend la fluctuation moins obscure.

» Dans les cas dont nous venons de parler, le diagnostic est très obscur ; il l'est un peu moins quand le pus prend sa direction vers les lombes. Quelquefois alors l'abcès forme dans cette région une *tumeur* dans laquelle l'*ondulation* du liquide se fait distinctement sentir. D'autres fois la fluctuation est douteuse, ou ne peut être reconnue : il est même des cas où il n'y a pas de signes extérieurs qui indiquent le siége du pus, si ce n'est quelquefois un empâtement, une œdématie des téguments... Lorsqu'on fait placer le malade sur le ventre ou sur le côté opposé, pour rendre saillante la partie affectée, il éprouve le sentiment d'un poids suspendu à cette partie... »

Dans cette description il n'est pas fait mention de la présence du pus dans les urines, et avec raison, puisque avec M. Rayer on doit reconnaître que dans les cas

(1) *Traité des maladies chirurgicales*, t. VIII, 4e éd., p. 477.

d'urine purulente le pus vient des calices ou des bassinets et non du rein lui-même. Cependant on a cité quelques faits fort rares dans lesquels un abcès rénal s'est ouvert dans le bassinet ; l'apparition subite d'une quantité considérable de pus dans les urines, qui jusqu'alors avaient eu les caractères décrits plus haut, le soulagement qu'éprouve le malade, l'inflammation de la vessie qui peut résulter du passage de cette matière purulente, serviront à faire reconnaître cette *rupture de l'abcès dans les conduits urinaires.* On a vu aussi quelquefois la collection purulente s'ouvrir et se vider *dans le colon ;* il survient alors absolument les mêmes phénomènes que dans les cas de *rupture d'abcès du foie ou de la vésicule biliaire* dans le même intestin ; il serait par conséquent inutile de reproduire ici des signes déjà exposés avec détail (1). Disons seulement que dans les cas où l'on a été porté à admettre l'existence d'un abcès du rein, on doit, si l'on voit survenir un soulagement très prompt et très considérable, examiner avec soin les selles aussi bien que les urines, car *l'existence du pus dans les selles* est le signe capital de cette rupture de l'abcès rénal dans l'intestin.

M. le docteur Hutton (2) a vu chez un enfant de cinq ans une périnéphrite dans laquelle la capsule propre décollée formait un sac plein de matière purulente qui entourait le rein. Il y avait fistule rénale.

Néphrite calculeuse. Début. Il semble que rien ne soit plus facile que de fixer le début de la néphrite calculeuse, ou, pour mieux dire, de la néphrite produite par la présence d'un calcul. Les auteurs qui n'ont établi aucune distinction entre l'inflammation de la substance du rein et celle des calices et du bassinet, n'ont eu en effet à indiquer que les symptômes violents, subits, qui résultent de l'engagement de ces calculs dans un canal qu'ils irritent, ou de leur déplacement dont la conséquence est de mettre leurs aspérités en contact avec la membrane des cavités où ils se trouvent. Mais comme il n'y a aucun rapport réel entre cet état morbide et les symptômes occasionnés par l'inflammation de la substance rénale elle-même, on ne peut, en bonne logique, dire que c'est là le début de la néphrite.

Si nous examinons les faits, nous voyons qu'il est impossible de dire quel est le moment où l'inflammation a envahi cette substance, et par conséquent de déterminer le début de la maladie qui nous occupe ici. Si l'on parvient plus tard à s'assurer que le rein est atteint de phlogose, les symptômes de colique néphrétique serviront à faire reconnaître la cause à laquelle il faut rapporter cette affection ; ils nous apprendront qu'il s'agit d'une néphrite calculeuse ; mais, je le répète, quand on ne se laisse pas tromper par de simples apparences, on ne peut, avec la plupart des auteurs, attribuer ces symptômes à la néphrite elle-même. Je reviendrai sur ce point lorsque j'aurai à traiter de la colique néphrétique.

Symptômes. Est-il quelque signe certain qui fasse reconnaître l'existence de l'inflammation aiguë de la substance du rein dans les cas de calculs biliaires ?

Il n'y a évidemment que l'*augmentation de volume* et *la grande sensibilité de l'organe*, lorsqu'on peut les constater par la palpation, et encore faut-il être très réservé dans le diagnostic, car l'obstacle qui s'oppose à l'écoulement de l'urine et du pus peut occasionner une distension considérable du bassinet et des calices, d'où résulte une ampliation du rein qui est de nature à en imposer pour une aug-

(1) Voy. *Abcès du foie*, t. III.
(2) *Dubl. quart. journ. of med.*, novembre 1848.

mentation de volume de sa substance. Quant à l'écoulement du sang et de la matière purulente, à la violence des douleurs, à leurs irradiations, à la brusque disparition des symptômes, à leur retour, etc., ce sont des signes de la colique néphrétique, dans laquelle l'inflammation reste le plus souvent bornée aux membranes des calices et du bassinet, et où l'on ne peut pas voir une néphrite proprement dite.

Il résulte de ce que je viens de dire que, dans l'état actuel de la science, la néphrite calculeuse ne doit être regardée que comme une simple extension d'une inflammation bien plus importante, qu'elle n'apporte à la maladie principale aucun changement bien intéressant à constater, et que par conséquent elle ne doit pas préoccuper le praticien.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison de la maladie.

Nous avons vu, en parlant de la douleur et de la fièvre, que ces symptômes ont été regardés comme plus manifestement intermittents dans l'affection qui nous occupe que dans la plupart des autres affections non périodiques ; mais nous avons fait aussi remarquer l'exagération de cette proposition. Il est certain néanmoins que, dans quelques cas de néphrite simple non calculeuse, la maladie a marché de manière à simuler jusqu'à un certain point une fièvre intermittente pernicieuse. M. Rayer en a cité un exemple remarquable ; mais, dans le plus grand nombre des cas, les alternatives d'exacerbation et de sédation n'ont pas été telles, il s'en faut de beaucoup, qu'on puisse établir ce fait en règle générale. Lorsque cette intermittence plus ou moins marquée vient à se montrer, on ne peut s'empêcher de rapprocher les faits de ce genre de ce qu'on observe parfois dans d'autres affections des voies urinaires où le cathétérisme suffit pour produire une fièvre intermittente très marquée. Toutefois il faut attendre, pour apprécier ces faits d'une manière précise, que des observations plus exactes et plus nombreuses soient venues dissiper tous les doutes qui peuvent encore exister.

La *durée* de la maladie est variable suivant les cas. Dans les observations rapportées par M. Rayer, on voit que, lorsque la guérison a eu lieu, elle a pu être en général constatée du septième au neuvième jour, si la néphrite était simple, non calculeuse, et si l'affection ne se terminait pas par suppuration. Nous avons vu plus haut combien était courte la durée de l'affection dans les cas observés par M. Louis, et nous avons en particulier noté que la suppression de l'urine n'avait jamais duré plus de quarante-huit heures. Dans la néphrite calculeuse, il est impossible de dire quelle est la durée du mal, puisqu'on ne peut, d'aucune manière, ainsi que nous l'avons vu plus haut, connaître le moment où l'inflammation s'empare de la substance du rein. Tout ce que nous savons, c'est qu'une fois la cause déterminante (c'est-à-dire le calcul) enlevée, la guérison est extrêmement rapide. Lorsqu'il se forme un ou plusieurs abcès, la maladie a toujours une assez longue durée, car l'évacuation du pus, quelle que soit la voie par laquelle elle se fait, et la cicatrisation de l'organe, demandent toujours un temps considérable.

La néphrite simple aiguë qui n'a pas pour résultat la suppuration est une maladie qui, d'après les observations de M. Rayer, se termine ordinairement par une guérison solide. Mais ici se présentent les objections que j'ai déjà dû adresser à un certain nombre des observations citées par cet auteur. L'ingestion de certains poi-

sons produit-elle une inflammation véritable? Et lorsque les accidents du côté des voies urinaires se sont calmés aussi bien que les accidents généraux, peut-on dire qu'il y a guérison d'une néphrite? C'est ce qui n'est nullement démontré. Mais dans des cas de néphrite simple aussi bien caractérisée que possible, produite par des causes toutes différentes, la guérison a été obtenue, en sorte qu'il ne s'agit ici que d'une question de nombre. D'ailleurs nous avons vu que, dans les cas recueillis dans le service de M. Louis, des accidents notables, et qu'on peut très bien rapporter à une néphrite simple, se sont promptement dissipés.

Lorsque la suppuration s'empare de l'organe, l'affection est presque toujours mortelle, et cette terminaison a lieu soit avant l'évacuation du pus, et pour ainsi dire par la seule force du mal, soit après l'évacuation du pus par diverses voies, et par suite de l'affaiblissement graduel du malade ou des accidents divers qui peuvent survenir. Lorsque j'ai eu à traiter de *la péritonite par rupture d'un abcès*, j'ai mentionné celle des abcès des reins dans le péritoine, cas rare et toujours mortel.

§ V. — Lésions anatomiques.

L'anatomie pathologique de la néphrite a été mieux étudiée que les autres points de son histoire ; mais il me suffira d'indiquer les principales lésions, les détails dans lesquels les auteurs sont entrés n'étant pas de nature à trouver place dans cet ouvrage.

L'augmentation, parfois très considérable de volume, la rougeur et le ramollissement de l'organe, lorsque la suppuration ne s'en est pas encore emparée, sont les lésions caractéristiques de l'inflammation à l'état aigu. C'est la substance corticale qui est le siége de ces altérations. Les diverses formes d'injection d'où résulte la rougeur sont assez nombreuses, d'après les recherches de M. Rayer. Cet auteur a vu un pointillé rouge vif, l'injection marquée des vaisseaux corticaux, d'où il résultait que les polygones veineux étaient plus visibles, etc. Quelquefois les glandules de Malpighi se sont montrées à la coupe et souvent à l'extérieur du rein, sous la forme de petits points noirs isolés ou rapprochés, en groupes ou en stries.

M. Rayer a trouvé quelquefois un endurcissement du rein, au lieu d'un ramollissement, à la suite d'une inflammation aiguë. Est-ce là un mode de terminaison de l'inflammation ? C'est ce que l'analogie doit nous porter à penser ; toutefois on ne doit admettre cette manière de voir qu'avec une certaine réserve, car l'auteur ne nous dit pas combien de temps après le début de l'inflammation est survenue la mort. M. Rayer a vu aussi des points anémiques au milieu de parties rouges endurcies, etc.

Lorsque la suppuration s'est emparée de l'organe, on observe les particularités suivantes : « Le dépôt de pus dans les substances rénales a lieu, dit M. Rayer, sous diverses formes, qu'on rencontre surtout dans la substance corticale, plus fréquemment enflammée que la substance tubuleuse. Pour être reconnus, plusieurs de ces dépôts exigent une assez grande attention. Ainsi de petits dépôts de pus du volume de la tête d'une grosse épingle, situés au centre des polygones du réseau vasculaire du rein, apparaissent à l'œil nu comme des grains de sable blanchâtre,

entourés d'un liséré d'un rouge brunâtre ; presque toujours aussi ils sont entremêlés de petits points rouges, dans lesquels le pus n'est pas encore déposé. »

Mais en général ces petits dépôts sont plus apparents ; ils égalent, suivant M. Rayer, le volume d'une grosse pustule d'impétigo, et peuvent se présenter avec la grosseur d'une noisette et une plus grande encore. Ils sont disséminés ou rassemblés en groupes semblables aux abcès multiples que nous avons décrits dans le foie. Enfin parfois on trouve une infiltration purulente de la substance corticale et tubuleuse. Il est très rare de voir le pus rassemblé en un foyer unique.

M. Rayer a vu quelquefois un véritable ramollissement gangréneux, et la *gangrène du rein* a été indiquée par beaucoup d'auteurs ; je n'en ai pas parlé dans les symptômes, parce que, pendant la vie, on n'a rien observé de particulier dans les cas de ce genre, ou du moins on n'a pris note d'aucun signe important.

Enfin le même auteur a constaté que, dans la néphrite traumatique, et particulièrement à la suite d'une déchirure des reins, il se dépose le plus ordinairement, non du pus, mais de la lymphe plastique, principalement constituée par de la fibrine décolorée.

On voit que les lésions de la néphrite aiguë ne diffèrent pas sensiblement de celles des autres inflammations des parenchymes. La dissémination des foyers purulents est seule remarquable ; mais est-il bien certain que, dans un bon nombre des cas observés, il n'y eût pas une phlébite suppurative dont les abcès multiples sont la conséquence, et, dans les cas de ce genre, devrait-on admettre l'existence d'une inflammation simple ?

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Il suffit de parcourir le paragraphe que M. Rayer a consacré au diagnostic de la néphrite simple, pour s'assurer qu'il présente d'assez grandes difficultés. Les maladies avec lesquelles on pourrait confondre l'inflammation simple aiguë du rein ont leur siége dans le même organe, ou lui sont étrangères ; ce sont les premières qui présentent surtout les difficultés dont je viens de parler.

L'*inflammation des calices et du bassinet* donne lieu aux principaux symptômes de la néphrite ; mais nous avons vu, d'une part, que la présence du pus dans l'urine est un caractère de la *pyélite*, et n'appartient pas à la suppuration du rein lui-même, quoique longtemps on ait pensé le contraire. Il n'y aurait donc rien de difficile dans ce diagnostic, si l'on pouvait s'assurer que le pus ne vient pas de la vessie ; mais suivant M. Rayer, qui a fixé son attention sur ce point, « il est très difficile, pour ne pas dire impossible, dans la plupart des cas, de s'assurer que la vessie est complétement saine. » Voilà donc un diagnostic que nous ne pouvons pas préciser.

Maintenant peut-on dire, avec M. Rayer, qu'il est permis « d'affirmer que les substances rénales sont enflammées, lorsqu'à une douleur aiguë dans un des reins se joignent des vomissements, des symptômes cérébraux ou des symptômes putrides ? » Cette proposition demanderait à être appuyée sur une analyse plus rigoureuse des faits. Sans doute, des symptômes généraux très graves existant, s'il survient des symptômes locaux du côté des reins, on devra admettre que ces organes sont enflammés ; mais il restera à savoir s'il s'agit d'une lésion primitive ou secon-

daire ; si la néphrite n'est pas simplement la conséquence d'un violent mouvement fébrile appartenant à une autre maladie, par exemple à l'infection purulente, à la fièvre typhoïde, etc., auquel cas ce serait une erreur de diagnostic que de voir toute l'affection dans la néphrite. Quant aux vomissements, ils n'annoncent en aucune manière que la substance rénale est enflammée, puisque, comme nous le verrons plus tard, on les voit fréquemment survenir dans la colique néphrétique, alors que tous les désordres sont concentrés dans les parois des cavités rénales ou dans les conduits qui en partent. La suppression de l'urine appartient plus particulièrement à l'inflammation de la substance rénale ; aussi est-ce un des signes sur lesquels l'attention doit être principalement fixée.

M. Rayer, qui s'est particulièrement occupé de ce sujet, pose ainsi le diagnostic entre l'inflammation de la substance du rein et *celle du tissu cellulaire* qui l'entoure. « Lorsque, dit-il, à la suite d'une contusion ou de toute autre cause, il se développe dans le tissu cellulaire extérieur du rein une inflammation accompagnée de douleur, si la maladie est à son début, il est souvent difficile de la distinguer de l'invasion d'une néphrite. Toutefois il est rare qu'on observe, dans ce cas, une diminution aussi marquée de la sécrétion urinaire que dans la néphrite. » On voit combien ce signe distinctif est faible.

Il est beaucoup plus facile de distinguer la néphrite simple aiguë de la *colique néphrétique*. Dans celle-ci, la douleur survient très rapidement, et souvent d'une manière subite. Elle est fréquemment excessive ; elle occasionne des lipothymies, une agitation, une anxiété extrêmes. L'urine est promptement diminuée ou supprimée ; le pissement de sang apparaît rapidement, et enfin la face est altérée, le pouls petit, misérable. En présence de ces phénomènes, on ne saurait être dans le doute, et si, dans des cas exceptionnels, on restait un moment en suspens, le changement de place de la douleur quand le gravier descend le long de l'uretère, et la cessation brusque et complète des accidents lorsqu'un ou plusieurs graviers sont rendus, viendraient fixer le diagnostic, ce qui ne devrait pas être oublié, parce que les malades étant disposés à de nouvelles attaques, le retour des mêmes accidents serait alors facilement jugé.

On a parlé de douleurs rénales auxquelles on a donné le nom de *néphralgies*. Comme j'aurai à m'expliquer sur ces douleurs dans un article particulier, il serait prématuré de m'en occuper ici.

Parmi les affections étrangères au rein qui pourraient en imposer pour une néphrite aiguë, nous trouvons d'abord la *colique hépatique*. Mais dans la néphrite, il n'y a pas d'ictère ; l'urine est très notablement diminuée ou supprimée, ce qui ne s'observe pas dans la colique hépatique, à laquelle les vomissements bilieux appartiennent plus particulièrement, et qui présente, en outre, la décoloration des selles et l'état bilieux des urines. Enfin, le siége de la douleur, qui détermine une différence tranchée entre cette inflammation du rein gauche et la colique hépatique, et qui est ordinairement assez différent dans celle-ci et dans l'inflammation du rein droit, la rétraction du testicule, la douleur, l'engourdissement de la cuisse, propres à la néphrite, suffisent pour rendre le diagnostic précis. La direction de la douleur ne serait pas seule un signe suffisant, puisque, dans quelques cas que j'ai signalés (1), elle est la même dans les deux affections ; mais, d'une part, ces cas

(1) Voy., plus haut, *Colique hépatique*.

sont fort rares, et, de l'autre, le siége de la douleur n'acquiert une valeur réelle que quand il est réuni à ceux que je viens de mentionner.

Le *lumbago* peut-il être confondu avec une néphrite? Il faut convenir du moins que, s'il en est ainsi, ce n'est que dans des circonstances bien extraordinaires. Voici toutefois comment M. Rayer établit ce diagnostic : « Le *lumbago*, dit-il, né le plus souvent sous l'influence du froid et de l'humidité, presque toujours accompagné ou précédé de douleurs rhumatismales, attaque ordinairement les deux côtés des lombes; la douleur qui l'accompagne s'exaspère plus sensiblement que celle de la néphrite par certains mouvements du corps que les malades font pour s'asseoir lorsqu'ils sont couchés, ou pour changer d'attitude. Cependant les douleurs rénales sont quelquefois augmentées par de certains mouvements ou de légères pressions, et par la toux ; mais, dans le lumbago, jamais on n'observe ni la diminution notable de la sécrétion urinaire, ni l'angoisse, ni les autres symptômes graves de la néphrite (1).

Enfin, plusieurs auteurs, et en particulier M. Rayer, ont posé le diagnostic entre la néphrite et la *cystite*, le *psoïtis*, la *péritonite partielle*. Les symptômes diffèrent tellement dans ces affections, dont deux (la *cystite* et le *psoïtis*) n'ont pas été encore décrites dans cet ouvrage, que je ne dois pas entrer dans ces détails.

Je dirai seulement quelques mots sur une question soulevée par M. Rayer, au sujet d'une erreur dont l'*intermittence* de la maladie, dans certains cas, aurait été la cause. Si l'on parcourt les observations citées par les divers auteurs, et par M. Rayer lui-même, on voit que les erreurs de ce genre ont dû être au moins extrêmement rares, et l'on ne peut douter qu'il ne faille les attribuer plutôt au peu d'attention des observateurs qu'à la nature insidieuse des symptômes.

De tous les faits cités par M. Rayer, il n'en est aucun où le caractère intermittent de la maladie ait paru plus tranché que celui qu'il a emprunté à Dance (2). Or, dans ce cas, bien qu'il y eût des exacerbations fébriles très marquées tous les matins, on ne douta pas de l'existence d'une néphrite pendant presque tout le cours de la maladie, et si à la fin on eut recours au sulfate de quinine, c'est en désespoir de cause, en voyant le malade près de succomber, et dans un moment où les apparences les plus légères nous engagent à recourir à des médications particulières. La marche de la maladie n'avait, en effet, qu'une ressemblance grossière avec une fièvre intermittente pernicieuse, ce dont on peut s'assurer par la lecture de l'observation. Ce n'est pas à dire toutefois que la fièvre intermittente ne puisse jamais se revêtir des signes locaux d'une néphrite ou de symptômes qui peuvent la simuler : nous verrons, en effet, à l'occasion des fièvres intermittentes pernicieuses, que ces affections se présentent sous les formes les plus diverses ; mais il faut reconnaître qu'il n'est nullement prouvé par l'expérience qu'une véritable néphrite ait été prise pour une fièvre intermittente, et réciproquement, ou que du moins, s'il en a été ainsi, ce que les faits bien connus ne nous apprennent pas, il est plus que probable que l'erreur est due à une observation trop superficielle. Ce diagnostic n'a donc pas l'importance qu'on aurait pu lui supposer au premier abord ; c'est pourquoi je le passe sous silence, sauf à y revenir, je le répète, lorsqu'il s'agira des *fièvres pernicieuses*.

(1) *Traité des malad. des reins*, t. II, p. 324.
(2) *Arch. gén. de médecine*, 1re série, t. XXIX.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

Je n'exposerai dans ce tableau synoptique que le petit nombre de cas où l'erreur est possible, et où les signes différentiels sont bien établis. Agir autrement, ce serait s'exposer à accréditer des erreurs, car la science a encore beaucoup à faire, comme nous l'avons vu plus haut, pour donner à ce point d'étiologie le degré de précision nécessaire.

1° Signes distinctifs de la néphrite simple non calculeuse et de la colique néphrétique.

NÉPHRITE SIMPLE AIGUË NON CALCULEUSE.	COLIQUE NÉPHRÉTIQUE.
Invasion graduelle, quoique assez souvent rapide.	*Invasion brusque*, subite.
Douleur moins vive, augmentant *graduellement*.	Douleur *excessive*, portée *subitement à un degré extrême*.
D'abord *diminution*, puis suppression de l'urine.	*Suppression brusque* de l'urine.
Agitation moindre; pas de défaillances, etc.	*Agitation extrême*; défaillances, décomposition des traits, etc.
Pouls *d'abord élevé*, *dur*, résistant.	Pouls *tout d'abord petit*, *irrégulier*, *misérable*.
Les symptômes se dissipent *peu à peu* dans les cas de guérison, en commençant par le mouvement fébrile.	Les symptômes se dissipent *brusquement* par l'expulsion du calcul.

2° Signes distinctifs de la néphrite simple aiguë non calculeuse et de la colique hépatique.

NÉPHRITE AIGUË NON CALCULEUSE.	COLIQUE HÉPATIQUE.
Douleur *graduelle*.	*Douleur* subite.
Elle a son foyer au niveau du *rein*, et s'étend vers la *vessie et le testicule*.	Elle a son foyer au niveau de l'*hypochondre droit*, et s'irradie vers l'*épigastre*.
Pas d'ictère.	Presque toujours, *ictère intense*.
Diminution, *suppression* des urines. Urines *sanguinolentes*, *difficilement excrétées*.	Urines *non supprimées*, *bilieuses*.

On voit que, dans ce diagnostic, je n'ai pas parlé de la néphrite calculeuse qui, bien plus que celle dont il s'agit, pourrait être confondue avec la colique hépatique; mais je crois devoir renvoyer cette distinction particulière à l'article consacré à la colique néphrétique, qui, en pareil cas, est la maladie principale, l'inflammation aiguë du rein ne s'étant développée que consécutivement.

3° Signes distinctifs de la néphrite simple aiguë et du lumbago.

NÉPHRITE SIMPLE AIGUË.	LUMBAGO.
N'occupe parfois qu'*un seul rein*.	Occupe presque toujours *les deux côtés*.
Mouvements pour s'asseoir ou se retourner *beaucoup moins douloureux*.	Mouvements pour s'asseoir ou se retourner *souvent presque impossibles*.
Troubles notables de la sécrétion et de l'excrétion de l'urine.	*Point de troubles notables* de la sécrétion et de l'excrétion de l'urine.

Pronostic. Le pronostic est très variable, suivant les cas. On doit le considérer comme peu grave dans la néphrite par violence extérieure, et même dans celle qui

se déclare spontanément, lorsqu'elle ne survient pas dans le cours d'une affection grave elle-même, et lorsque les symptômes de réaction sont peu intenses. A plus forte raison, portera-t-on un pareil pronostic dans les cas où la maladie aura été déterminée par une substance irritante, si toutefois on considère ces cas comme appartenant à la néphrite bien confirmée. S'il s'agit de poisons, ce n'est nullement, en effet, l'inflammation rénale qui est à redouter, mais l'action de la substance vénéneuse sur l'organisme. Lorsque l'inflammation est assez grave pour déterminer la suppuration, le pronostic est très facheux, de quelque espèce que soit la néphrite; cependant, si celle-ci est causée par la présence d'un calcul, on doit avoir plus d'espoir, parce que si cette cause disparaît, les lésions du rein tendent naturellement à se dissiper.

§ VII. — Traitement.

Nous avons vu que, sous le rapport de la pathologie de la néphrite, les auteurs qui ont écrit avant ces dernières années ne nous offraient pas de documents véritablement utiles; mais il est encore bien moins utile de les consulter relativement au traitement. Les raisons que j'ai présentées au commencement de cet article se représentent, en effet, ici avec une nouvelle force. Quel avantage pourrait-il y avoir à indiquer des moyens thérapeutiques qui ne s'adressent pas à une affection déterminée? Il n'en sera pas de même quand nous aurons à parler de la *colique néphrétique*, à laquelle se rapporte presque tout ce qui a été écrit à propos de la néphrite. C'est donc principalement M. Rayer qu'il faut consulter sur ce point, parce que, bien que cet auteur se soit contenté d'exposer d'une manière générale les moyens qui lui paraissent devoir être dirigés contre la néphrite, sans analyser sous ce point de vue les observations, il est le seul qui ait bien nettement séparé ce qui appartient à l'inflammation du rein proprement dite, des accidents produits par la présence des calculs dans les voies urinaires.

Émissions sanguines. C'est un précepte général que les émissions sanguines doivent être opposées à la néphrite comme aux autres inflammations parenchymateuses, et tout porte à croire que ce moyen a son utilité, quoique, d'après les faits que j'ai consultés, il ne soit nullement démontré que les pertes de sang procurent une amélioration immédiate bien sensible. Mais il est très probable que si l'on avait des éléments suffisants pour étudier leur influence sur la marche de la maladie, et surtout sur sa durée, on verrait que cette influence est heureuse.

Au reste, sous ce rapport, il faut tenir compte de l'espèce de néphrite qu'on a à traiter. Nous avons vu que la néphrite traumatique, lorsque la violence extérieure n'avait pas produit des désordres très considérables, et la néphrite simple aiguë non calculeuse, survenue dans le cours d'une bonne santé, et sans que de violents symptômes généraux puissent faire soupçonner l'existence d'une infection purulente, ont naturellement une terminaison favorable; on ne doit donc pas être surpris que, dans les cas de ce genre, la guérison ait suivi l'emploi des émissions sanguines, et l'on aurait tort de n'envisager les faits que sous ce point de vue, lorsqu'on veut déterminer l'utilité de cet agent thérapeutique. Mais, suivant M. Rayer, dans toutes ces espèces, les pertes de sang ont pour résultat d'amener au bout d'un temps variable un soulagement marqué et plus sensible que celui qu'on obtient par les autres moyens dont il va être question. Ces heureux effets sont, il faut le

redire, plus que probables, et il ne reste qu'à en apprécier exactement la valeur. En attendant, on ne peut se dispenser de recourir aux émissions sanguines assez abondantes dans les cas dont il s'agit.

Dans la *néphrite traumatique* il faut pratiquer une ou plusieurs *saignées générales*, et cela sans perdre de temps, car, d'après M. Rayer, « si l'émission d'une certaine quantité de pus avec l'urine indique que la suppuration s'est établie dans le rein enflammé, il faut s'abstenir des émissions sanguines. » Peut-être néanmoins trouvera-t-on le précepte trop rigoureux, ou du moins regrettera-t-on qu'il ne soit pas appuyé sur une étude plus exacte des faits.

« Quant aux *néphrites produites par l'impression du froid et de l'humidité*, lorsqu'elles se déclarent avec un caractère inflammatoire très prononcé chez des individus bien constitués, elles doivent, dit le même auteur, être traitées activement par la saignée. Il faut la répéter *deux fois dans les vingt-quatre heures qui suivent l'invasion.* » Et plus loin il ajoute : « Après plusieurs jours de rémission et d'apyrexie, s'il se déclare un frisson suivi de chaleur et de douleur dans la région des reins, on pratiquera immédiatement une large saignée, si le malade n'est pas d'un âge très avancé. Dans ce dernier cas, on se bornerait à tirer environ huit onces de sang par des ventouses scarifiées appliquées aux régions lombaires. »

Tels sont les cas dans lesquels, suivant ce que nous pouvons apercevoir dans des observations malheureusement insuffisantes, la saignée a les plus grands avantages. Lorsque la néphrite survient dans le cours d'autres maladies, lorsque la suppuration s'empare promptement des reins, surtout sous l'influence d'une affection purulente ou d'une phlébite non adhésive, les saignées ne sont pas négligées, et personne ne voudrait dire qu'elles doivent l'être, principalement au début de la maladie ; mais ce qu'il y a de certain, c'est qu'il est impossible de découvrir dans l'étude des faits les avantages réels qu'elles ont pu produire.

La saignée générale est recommandée même *chez les enfants*, à partir de l'âge de sept ans ; mais alors elle ne doit pas être de plus de 300 *grammes*. « On peut, dit M. Rayer, la répéter le lendemain, si l'intensité du mal l'exige. »

Des *sangsues*, en nombre assez considérable, doivent être appliquées sur les lombes : on a également recours, comme nous l'avons vu, aux *ventouses scarifiées*, et, sous ce rapport, il n'y a aucune règle à établir, le médecin étant le seul juge compétent de l'opportunité des émissions sanguines et de leur abondance. En somme, on voit que pour la néphrite, comme pour tant d'autres affections, l'influence de la saignée sur la marche, sur la durée et sur la terminaison de la maladie, n'a été étudiée que d'une manière très superficielle.

Des *boissons émollientes ou délayantes*, comme l'eau de graine de lin, de mauve, d'orge ; ou légèrement diurétiques, comme la décoction de chiendent ou de racine de fraisier ; des *cataplasmes émollients* sur la région lombaire ; un *bain* simple ou émollient longtemps prolongé (deux ou trois heures), à moins que le malade n'en éprouve de la fatigue, compléteront avec la saignée le traitement auquel on a donné particulièrement le nom de *traitement antiphlogistique*, et qui convient principalement à la maladie qui nous occupe.

Viennent ensuite quelques préceptes sur des cas particuliers. Dans ceux où l'on reconnaît que la néphrite est consécutive à une rétention d'urine causée par un *rétrécissement de l'urètre*, il faut s'occuper spécialement de celui-ci, ainsi que

tous les auteurs l'ont conseillé; car une fois l'obstacle au cours de l'urine surmonté, l'inflammation du rein ne tarde pas à se dissiper. C'est d'après cette considération que M. Rayer engage à appliquer, en pareil cas, les sangsues à la marge de l'anus plutôt que sur la région des reins.

Nous avons vu que les *vomissements* opiniâtres ne pouvaient pas être regardés comme un symptôme appartenant en propre à la néphrite simple aiguë non calculeuse. Si cependant ce symptôme survenait, et si l'on observait un état comateux qui n'est pas non plus lié à l'affection rénale d'une manière aussi intime que le pense M. Rayer, voici, d'après cet auteur, comment on devrait se conduire en pareil cas : « Lorsque, dit-il, les malades éprouvent des vomissements et tombent dans un état comateux, ces accidents exigent des soins particuliers, outre ceux qui ont été déjà indiqués. On frictionnera l'épigastre avec du *laudanum;* des *boissons gazeuses* seront données par gorgées; le malade sucera de petits *morceaux de glace* pour étancher sa soif; des *corps chauds* seront appliqués aux *extrémités inférieures;* des *compresses imbibées d'eau froide* seront posées sur le front; des *purgatifs salins* seront administrés et répétés jusqu'à ce qu'ils aient procuré des évacuations abondantes.

« Les *purgatifs*, ajoute M. Rayer, sont encore plus impérieusement indiqués lorsque l'attaque de néphrite a été précédée de plusieurs jours de *constipation* chez des individus atteints de *maladies de la prostate ou de la moelle épinière.* L'*huile de ricin* pourra quelquefois être substituée aux purgatifs salins, mais il faut l'administrer *en lavement* et à *haute dose*, car elle est souvent rejetée par le vomissement. »

Nous compléterons ce tableau du traitement le plus fréquemment employé, en ajoutant que le *repos absolu*, une *diète sévère* doivent être rigoureusement recommandés, lorsque la maladie est dans son plus haut degré d'intensité, et que dans la convalescence on doit éviter tout écart de régime, et surtout l'usage de boissons excitantes, dont l'action se fait, comme chacun sait, si facilement sentir sur les reins. Quant aux symptômes de putridité auxquels M. Rayer a égard dans le traitement, ils ne doivent pas nous occuper, puisque, comme nous l'avons vu, ils ne dépendent pas de la néphrite elle-même, et que d'ailleurs nous aurons à en traiter plus tard.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur ce traitement, nous voyons qu'il n'est réellement pas le résultat d'une expérience rigoureuse, mais bien plutôt d'idées préconçues dont la justesse est très admissible, mais ne peut pas être appréciée à l'aide du seul moyen propre à porter la conviction dans les esprits, je veux dire d'une analyse exacte d'un nombre suffisant de faits bien observés. Le traitement antiphlogistique est celui sur lequel on doit presque exclusivement insister.

ARTICLE III.

NÉPHRITE SIMPLE CHRONIQUE.

M. Rayer est encore le seul auteur qui se soit occupé de la néphrite chronique à l'état simple, et en écartant ce qui peut appartenir à la présence des calculs dans [les ca]vités des reins. Voici comment il s'exprime à ce sujet : « Les véritables ca[ractères] de la néphrite chronique et les symptômes qui révèlent son existence

n'ont pas encore été exposés clairement par les pathologistes. En effet, les symptômes qu'ils lui avaient assignés, et en particulier l'excrétion habituelle d'une urine purulente, et le développement d'une tumeur dans la région lombaire, appartiennent en réalité non à une inflammation chronique des reins, mais à une inflammation chronique du bassinet et des calices. En outre, il m'est démontré qu'un grand nombre de néphrites chroniques, surtout lorsque la maladie n'attaque qu'un des reins, ne peuvent être soupçonnées pendant la vie sans un examen très minutieux de la sécrétion urinaire, lorsqu'il n'existe pas de douleurs dans la région des reins, ou lorsqu'une pression exercée comparativement sur les deux régions lombaires n'indique pas que l'une d'elles est plus sensible que l'autre. » J'ai cité ce passage pour montrer combien la néphrite chronique simple, telle qu'elle doit être entendue d'après les recherches modernes, diffère de l'inflammation chronique du rein décrite jusqu'à ces dernières années, et combien en même temps l'étude de cette affection peut présenter de difficultés. Voyons maintenant ce que nous apprennent, relativement à son histoire, les documents rassemblés par M. Rayer.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

M. Rayer définit ainsi la néphrite simple chronique : « Des douleurs habituelles dans une des régions rénales ou dans toutes les deux, coïncidant avec une diminution de l'acidité, avec l'état neutre, et surtout avec l'alcalinité de l'urine (qu'il existe ou non une rétention de ce liquide), et un sentiment de faiblesse dans les membres inférieurs, sont les principaux caractères de la néphrite chronique. » Cette définition doit être adoptée, sauf un point qui exige de nouvelles recherches. Si nous consultons, en effet, les observations de néphrite chronique simple fournies par cet auteur, nous voyons que, sur sept cas, quatre fois la faiblesse des membres inférieurs n'est nullement mentionnée; qu'une fois il existait des douleurs dans les extrémités inférieures, que chez un sujet il y avait un sentiment de fatigue tantôt à droite et tantôt à gauche, et que chez le dernier les jambes étaient faibles, mais que cette faiblesse était due à un affaiblissement général résultant du dépérissement occasionné par une maladie chronique étrangère au rein. Si l'opinion de M. Rayer est fondée sur d'autres faits, nous ne pouvons l'admettre pour notre part avant d'avoir connaissance des observations.

Cette affection a reçu les mêmes noms que la néphrite simple aiguë, auxquels on a ajouté l'épithète de chronique. Dans quelques cas, on l'a aussi désignée sous celui de *phthisie rénale*, comme les autres maladies chroniques des reins.

Le petit nombre d'observations rapportées par l'auteur que je viens de citer prouve que la néphrite chronique simple, survenue en dehors d'autres affections plus ou moins graves, est une maladie fort rare, et c'est ce dont les praticiens peuvent s'assurer tous les jours. Il est plus fréquent de voir cette affection se produire consécutivement, surtout dans les autres maladies de l'appareil génito-urinaire.

§ II. — Causes.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, on n'a pas recherché d'une manière spéciale les causes de la néphrite chronique simple. M. Rayer s'est contenté de citer quelques exemples de cette affection dans les conditions diverses où elle se produit ; mais il

n'en a pas donné le résumé, et personne n'a fait ce travail. Je vais indiquer rapidement celles de ces conditions qui me paraissent les principales.

1° Causes prédisposantes.

C'est surtout dans la production de la néphrite chronique simple que l'*âge* manifeste son influence. Les enfants n'en sont atteints, on peut le dire d'une manière presque absolue, que dans les cas de calculs urinaires, et encore n'est-ce presque jamais avant l'âge de sept ou huit ans. Les vieillards y sont particulièrement exposés. Toutefois, comme les maladies des autres parties des voies génito-urinaires sont, ainsi que nous allons le voir, une des conditions importantes de sa production, il n'est nullement rare de la voir se manifester chez les adultes.

Nous n'avons aucune donnée positive sur l'influence du *sexe*. Il ne nous est pas permis de nous prononcer davantage sur l'influence de la *constitution*, parce que, bien que les sujets affectés de néphrite chronique simple se présentent avec les signes d'une mauvaise constitution, c'est aux progrès de cette maladie et de celles qui l'ont précédée, plutôt qu'à un état congénital particulier, que le plus souvent on doit attribuer cette détérioration.

Quant aux *habitudes hygiéniques*, à l'*influence des saisons* et même des *climats*, tout est encore à faire sur ce point. Cependant, comme la présence des *calculs* dans les reins est une des causes les plus efficaces de la néphrite chronique aussi bien que de la néphrite aiguë, je crois devoir renvoyer le lecteur à l'article consacré à l'histoire des *calculs rénaux*, afin qu'il puisse, par induction, juger approximativement de l'influence des causes prédisposantes qui viennent d'être mentionnées, et qui seront étudiées dans l'article dont il s'agit.

La néphrite simple aiguë a-t-elle une tendance marquée à se convertir en néphrite chronique; ou, en d'autres termes, les sujets affectés de cette maladie à l'état aigu sont-ils exposés à la voir se continuer sous sa forme chronique, et suffit-il, pour qu'il en soit ainsi, de quelques causes occasionnelles particulières? Il est difficile de répondre à cette question. Néanmoins les auteurs n'ont pas hésité à se prononcer pour l'affirmative; mais, si nous consultons les faits, nous voyons que cette manière de voir n'est pas justifiée relativement à la néphrite chronique simple non calculeuse. Si, en effet, l'affection est peu intense et ne se termine pas par suppuration, le malade guérit complétement; si la suppuration survient, ou bien les malades succombent, ce qui est presque constant, ou bien le pus est évacué par des voies indiquées plus haut, et les malades peuvent guérir radicalement. Dans les cas seuls où il resterait une fistule rénale, ce dont je ne connais pas un seul fait authentique dans les cas dont il s'agit ici, on verrait les symptômes d'une maladie chronique succéder à une affection aiguë, mais on ne pourrait pas dire alors d'une manière rigoureuse que la néphrite aiguë simple s'est terminée par une néphrite chronique également simple. Quant à la néphrite calculeuse, il n'est pas douteux que les accidents ne prennent un caractère de chronicité au bout d'un certain temps, et cela chez un assez grand nombre de sujets. Après avoir occasionné des attaques aiguës plus ou moins nombreuses, les calculs finissent par déterminer la désorganisation des reins, dont la substance est plus ou moins complétement détruite par une inflammation chronique.

2° Causes occasionnelles.

Ce que je viens de dire prouve que la principale cause occasionnelle de la néphrite chronique est l'*irritation devenue permanente que causent les calculs*.

Les *obstructions*, le *rétrécissement*, l'*oblitération des uretères*, sont, comme dans la néphrite aiguë, des causes qui se montrent assez fréquemment. Les maladies chroniques de la *vessie*, les *rétrécissements du canal de l'urètre*, etc., peuvent avoir le même résultat. M. Rayer a cité des exemples de néphrite chronique simple survenue à la suite de *maladies de la prostate*, de l'*utérus*, de la *moelle épinière* (principalement paraplégie).

Il est impossible d'indiquer une autre cause occasionnelle bien positive. Les rapports signalés par M. Rayer entre la néphrite simple et les maladies cérébrales, l'hydropisie, la phthisie, etc., n'existent nullement. Ce sont de simples coïncidences qui ne méritent guère qu'une mention.

§ III. — Symptômes.

La description des symptômes, telle que nous la trouvons dans les anciens auteurs, se rapporte presque uniquement à l'inflammation chronique causée dans les cavités rénales par la présence des calculs. Celle qu'a donnée M. Rayer est plus explicite, mais elle n'est pas aussi nette, à beaucoup près, que celle de la néphrite aiguë. Voici ce qui ressort le plus directement des faits.

Début. Le début de la maladie est souvent obscur, parce que la douleur rénale, qui pour le malade est le seul symptôme appréciable, est très faible dans les premiers temps. On peut cependant attribuer en partie au peu de rigueur qu'on a apporté dans l'interrogatoire des malades l'incertitude qui, dans la grande majorité des cas, règne sur le début. « Le plus souvent, dit M. Rayer, ce n'est que lorsque la maladie existe depuis plusieurs années, lorsque les émissions de l'urine sont devenues très fréquentes et incommodes, ou lorsque l'urine est habituellement trouble, que les malades, déjà affaiblis, viennent réclamer des conseils. Parfois même les malades n'appelleraient pas l'attention du médecin sur l'état des reins et de leur sécrétion, sans la coexistence d'une autre affection des voies urinaires, telle qu'un rétrécissement de l'urètre ou une maladie de la vessie. »

Dans les cas de rétrécissement du canal de l'urètre, ce début présente quelques particularités dignes d'intérêt, qui ont été signalées en ces termes par M. Rayer : « Les individus atteints d'un rétrécissement de l'urètre éprouvent quelquefois de légères douleurs aux reins sans y apporter de remèdes ; et ces douleurs, préludes de néphrites chroniques, se reproduisent à des époques plus ou moins éloignées. Alors l'urine est peu acide, neutre ou alcaline, et elle contient toujours du mucus. La douleur n'existe quelquefois que pendant un petit nombre d'heures, et l'altération de l'urine pendant quelques semaines. Plus tard, les attaques se rapprochent, la douleur rénale devient habituelle, mais sourde, et la sécrétion urinaire est dérangée pour longtemps. En outre, cet état persiste tant qu'on n'a pas guéri le rétrécissement. » On sent combien ces assertions auraient plus de valeur si elles étaient appuyées sur une analyse exacte d'un nombre assez considérable de faits.

Symptômes. La *douleur*, qui seule, comme nous venons de le voir, a marqué le

début de la maladie, persiste jusqu'à la fin avec des exacerbations plus ou moins marquées ou plutôt de simples augmentations passagères, car il ne faut pas rapporter à la néphrite chronique elle-même les violentes souffrances qui, dans un bon nombre de cas, se produisent à des intervalles plus ou moins éloignés. Alors, s'il existe surtout un mouvement fébrile, on ne peut douter qu'une inflammation aiguë ne soit venue s'enter sur l'inflammation chronique, ce qui a lieu surtout dans les cas de calculs rénaux qui, à certaines époques, produisent une irritation plus grande et une inflammation consécutive, ou bien se déplacent, interceptent le cours des liquides, etc.

La douleur qui appartient en propre à la néphrite chronique est sourde, profonde, et parfois elle ne consiste qu'en une gêne plus ou moins grande. « Elle est, en général, si obscure, dit M. Rayer, que le plus souvent les malades n'en feraient pas mention, si on ne les questionnait à cet égard, et si on ne la rendait sensible en pressant plus ou moins fortement avec la main les régions lombaires. »

On n'observe presque jamais, dans l'affection dont il s'agit ici, la douleur des testicules, si remarquable dans la néphrite aiguë. Lorsqu'elle existe, c'est presque toujours qu'il est survenu des symptômes d'acuité.

On voit par là que cette douleur *spontanée* qui vient d'être décrite n'est pas la seule à considérer, et qu'il faut tenir compte de la *douleur à la pression*. On doit procéder dans l'exploration comme dans les cas de néphrite aiguë, c'est-à-dire presser fortement dans le flanc gauche et sur la région lombaire, en cherchant à comprimer le rein. Ce n'est qu'au moment où la pression arrive à cet organe, que la douleur est sensiblement augmentée, ce qui la distingue de celle qu'occasionne le lumbago chronique. Les divers mouvements du malade exaspèrent beaucoup moins cette douleur que la douleur vive de la néphrite aiguë; cependant une course un peu prolongée a pour effet de la rendre beaucoup plus sensible, et cette exacerbation est encore bien plus marquée pendant les promenades ou les voyages en voiture. Nous verrons néanmoins plus tard qu'elle est bien moins grande dans la néphrite simple chronique non calculeuse que dans celle qui a pour cause les calculs urinaires, ce qui s'explique trop simplement pour qu'il soit nécessaire d'insister sur ce point. Les réflexions que j'ai faites au sujet de la *percussion* dans l'article *Néphrite aiguë* s'appliquent entièrement à la néphrite chronique.

On n'observe pas, dans l'affection chronique du rein, la suppression de l'urine, que nous avons signalée dans l'inflammation aiguë; mais il est quelques signes qui prouvent que la *sécrétion de ce liquide est altérée* à un certain degré. J'ai dit plus haut que son *acidité est diminuée*, et que même elle est remplacée par l'alcalinité, lorsque la maladie a atteint un degré élevé. Voici ce que M. Rayer a remarqué dans cette dernière circonstance :

« Dans la néphrite chronique, dit ce médecin, lorsque l'urine est alcaline, presque toujours elle est trouble, à moins que la production des phosphates ne soit très peu considérable. J'ai vu de ces urines alcalines donner un sédiment amorphe, presque entièrement composé de phosphate de chaux, dans lequel on ne distinguait pas de cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, de globules muqueux, etc.; plus rarement ce sédiment était presque entièrement composé de cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien. Enfin, dans la plupart des cas, l'urine contenait ces deux sels et des globules muqueux en suspension, et une pe-

tite quantité d'urates. En somme, la néphrite chronique est une des conditions les plus favorables à la production des calculs phosphatiques. »

Ces altérations de l'urine doivent fixer l'attention du médecin. Il ne faut pas oublier surtout que l'alcalinité de l'urine doit être constatée *au moment de l'émission ;* car plus tard ce signe n'aurait aucune valeur.

Quant à l'*excrétion* de ce liquide, il suffit de dire que l'urine, qui, je le répète, n'est pas supprimée, est rendue néanmoins en *petite quantité*, mais *fréquemment*. En général, les malades sont plus fortement sollicités par le besoin d'uriner que les personnes en bonne santé, et ils doivent plus promptement le satisfaire.

Tels sont les *symptômes locaux* de la néphrite chronique simple. Je n'ai point parlé des douleurs parfois vives qui sont déterminées par les calculs, ni de l'émission d'une plus ou moins grande quantité de pus avec les urines, parce que ces symptômes décrits par les auteurs qui ont écrit avant ces dernières années n'appartiennent pas plus à la néphrite chronique proprement dite qu'à la néphrite aiguë.

On n'a pas noté, dans la forme chronique de la maladie, ces *troubles digestifs* intenses qui ont été attribués à la néphrite chronique. Ainsi on n'a parlé ni de nausées, ni de vomituritions, ni de vomissements. Ordinairement il y a diminution de *l'appétit*, *trouble des digestions*, *constipation ;* mais c'est surtout dans les cas où la néphrite chronique est consécutive, de telle sorte qu'on ne peut pas lui rapporter, du moins uniquement, ces symptômes qui appartiennent principalement aux maladies, dans le cours desquelles elle se développe.

Les *symptômes généraux* sont peu marqués d'abord, lorsque la néphrite est simple et qu'elle n'est pas la conséquence des désordres causés par la présence des calculs. Ils vont ensuite en augmentant, mais d'une manière lente, de sorte que la *fièvre* n'existe pas ou est très peu intense, et que cependant les malades vont s'affaiblissant et dépérissant d'une manière sensible, quoiqu'ils ne présentent pas les signes connus de la fièvre hectique. On conçoit que si, par une cause quelconque, la suppuration s'empare du rein, ces signes se montrent comme dans tous les cas du même genre. Au reste, il est rare, comme on peut s'en assurer en parcourant les observations, qu'on soit appelé à constater le dépérissement lent non fébrile, ce qui tient à ce que la maladie des reins coexiste avec d'autres affections qui sont les principales causes de la mort, et qui donnent lieu aux symptômes de la fièvre lente. Ce sont principalement les maladies organiques chroniques de la vessie et de l'utérus, et plus encore les désordres occasionnés par les calculs dans les conduits urinaires, désordres dont l'inflammation chronique de la substance rénale n'est souvent qu'une des dernières conséquences.

Je n'aurais rien à ajouter d'important à ce que j'ai dit des abcès rénaux et de la néphrite calculeuse, à propos de la néphrite aiguë, et je passe outre pour éviter les répétitions.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison de la maladie.

La marche de la maladie est ordinairement continue et très lente ; mais pour qu'il en soit ainsi, il faut qu'elle ne soit ni compliquée ni consécutive, ce qui est un cas très rare, comme nous l'avons vu. Dans les autres cas, il est très difficile de

trouver quelque chose de fixe dans la marche de la maladie. Étant sous l'influence d'affections organiques très diverses, et qui elles-mêmes peuvent avoir une marche très différente suivant les circonstances, elle doit varier presque à l'infini. Disons seulement que dans les cas de calculs rénaux, les exacerbations dues au déplacement des calculs donnent plus ou moins fréquemment un nouveau degré d'intensité aux symptômes, et occasionnent momentanément une inflammation aiguë plus ou moins vive.

La *durée* de la maladie ne peut être fixée, même approximativement, dans l'état actuel de la science. Tout ce qu'il est permis dire, c'est qu'elle est ordinairement considérable.

La *terminaison* a été favorable dans quelques cas très simples cités par M. Rayer; mais généralement la maladie persiste jusqu'à ce que le sujet soit enlevé par une autre affection; car, bien que la néphrite chronique détermine un certain degré de dépérissement, il est extrêmement rare qu'elle soit la cause réelle de la mort. Cette proposition paraîtrait étrange, si je n'avais pas eu le soin de dire plusieurs fois que les désordres occasionnés par les calculs dans les calices, le bassinet, les uretères, ne doivent pas être confondus avec la néphrite proprement dite.

§ V. — Lésions anatomiques.

Ce sont encore, dans cette affection, les lésions anatomiques qui ont été étudiées avec le plus de soin. Je vais rapidement indiquer les principales, d'après les recherches de M. Rayer, qui nous fournissent à ce sujet des documents très détaillés.

Cet auteur a signalé comme appartenant à la néphrite chronique qui a envahi la totalité de l'organe une atrophie plus ou moins marquée : « Cette règle, ajoute-t-il, souffre néanmoins des exceptions. Ainsi les reins présentent quelquefois une véritable hypertrophie de leur substance corticale, sur laquelle sont disséminées des taches blanches proéminentes, qui semblent constituées par une matière fibro-celluleuse située entre la surface extérieure du rein et son enveloppe. J'ai vu des cas dans lesquels les reins, d'un volume ordinaire, offraient extérieurement des taches beaucoup plus larges, d'un blanc jaunâtre, formées par une matière qui avait l'apparence d'anciens dépôts de matière coagulable. En général, le tissu des reins est plus dur, et, sous un même volume, ils sont plus pesants que dans l'état sain. »

L'état rugueux, grenu ou marbré des reins est également remarquable. Il y a même quelquefois des dépressions marquées à leur surface, et de la substance mélanique dans leur tissu. M. Rayer a signalé un état anémique, soit partiel, soit général, n'occupant ordinairement que la substance corticale. L'induration se joint assez fréquemment à ces lésions.

Une atrophie plus remarquable que la précédente peut être la suite de l'inflammation chronique des reins, et M. Rayer a noté quelquefois, dans les cas de ce genre, « de véritables cicatrices, reconnaissables à une ou plusieurs dépressions grises, brunâtres ou ardoisées, auxquelles la membrane fibreuse est très adhérente, quoiqu'elle en soit séparée par la membrane celluleuse, qui, en ce point, est beaucoup plus dure et plus épaisse..., et les vaisseaux situés au-dessous d'elle sont souvent plus développés que dans l'état sain. » On pourrait élever, au sujet de ces

cicatrices, les mêmes objections que nous avons vues se présenter lorsqu'il s'est agi des dépressions ou des indurations radiées du foie.

La déformation des mamelons par suite de l'induration, l'injection des membranes extérieures des reins, leur adhérence, leur épaississement, leur transformation en substance fibreuse, cartilagineuse ou osseuse, viennent compléter le tableau de ces lésions. On voit que, comme je le faisais remarquer en commençant, l'anatomie pathologique de l'inflammation des reins a été étudiée dans les plus grands détails; mais il nous manque le rapport exact de ces altérations avec les symptômes de la maladie, ce qui est cependant le point le plus important, et ce qui, par conséquent, doit être signalé d'une manière toute particulière à l'attention des observateurs.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Voici comment M. Rayer distingue la maladie qui nous occupe de la *pyélite chronique* : « Dans la pyélite, dit-il, il y a constamment sécrétion de pus ou de mucus purulent, et le plus souvent une urine trouble et un dépôt purulent. Dans la néphrite chronique, si l'urine est trouble, cela tient le plus ordinairement à la présence des phosphates en suspension. » J'ajoute que, dans la plupart des pyélites chroniques, surtout dans celles qui sont produites par la présence d'un calcul, le pus s'accumule dans la cavité du bassinet et des calices, les distend, et transforme le rein en une cavité multiloculaire reconnaissable à la palpation.

Le *lumbago chronique* est, après la pyélite chronique, la seule affection qui puisse être réellement confondue avec la néphrite chronique, et encore faudrait-il pour cela que l'examen fût bien superficiel, car les signes exposés à propos de la néphrite et du lumbago aigus se représentent ici avec une valeur différentielle plus grande encore (1). Ainsi la douleur dans les mouvements peu violents du tronc est nulle ou presque nulle dans la néphrite chronique; elle constitue, au contraire, le symptôme essentiel du lumbago. Dans ce dernier, il n'y a aucune des altérations de la sécrétion et de l'excrétion urinaires qui ont été indiquées plus haut.

Ce diagnostic est trop simple pour qu'il soit nécessaire de le présenter sous forme de tableau synoptique.

Pronostic. Le pronostic de la néphrite simple chronique n'a point fixé l'attention des auteurs, et M. Rayer l'a passé sous silence. On peut dire d'une manière générale qu'il est fort grave, et cela pour deux raisons : la première, c'est que, comme toutes les lésions organiques chroniques, celles qui constituent la néphrite ont bien plutôt une tendance à augmenter sans cesse qu'à diminuer, même sous l'influence des moyens qui paraissent le mieux appropriés; et la seconde, c'est que, comme je l'ai déjà dit, l'inflammation chronique des reins se montre presque toujours dans le cours d'autres affections, soit des voies urinaires, soit d'un autre appareil d'organes, qui, à elles seules, suffiraient pour causer la mort. Cependant M. Rayer a cité quelques cas où des symptômes de néphrite chronique ont cédé à des moyens fort simples qui vont être indiqués; mais les cas de ce genre sont fort rares, et les récidives sont à craindre.

(1) Voy., plus haut, article *Néphrite simple aiguë*.

§ VII. — Traitement.

M. Rayer s'étant seul occupé du traitement de la néphrite simple chronique, c'est à lui qu'il faut emprunter tout ce que nous avons à dire sur ce point, en regrettant encore que cette partie importante de l'histoire de la néphrite chronique n'ait été traitée qu'à l'aide d'impressions générales nécessairement peu précises, et ne résulte pas de l'analyse exacte des faits, qui seule peut véritablement éclairer des questions aussi graves et aussi difficiles.

« Lorsque, dit M. Rayer, la néphrite chronique n'est pas produite par un rétrécissement de l'urètre, par une maladie de la vessie ou de la prostate, des *éruptions artificielles* ou des *exutoires* peuvent quelquefois prévenir ou éloigner le retour de nouvelles attaques. Cependant il ne faut pas s'exagérer l'utilité de ces moyens ; je les ai employés sans succès chez des individus amaigris, et qui, après avoir eu pendant longtemps les deux régions rénales douloureuses, présentaient pour tout symptôme de néphrite chronique l'émission fréquente d'une urine alcaline et trouble, et un amaigrissement dont aucune autre circonstance ne donnait l'explication.

» On a conseillé l'usage des *acides minéraux* ou *végétaux*, et en particulier celui de l'*acide muriatique*, pour faire cesser l'alcalinité de l'urine et empêcher la précipitation des sels phosphatiques, qui peut donner lieu à la formation des concrétions calculeuses. Par l'usage des acides on atteint rarement le but qu'on se propose : le plus souvent l'urine reste alcaline et trouble ; l'état de la constitution ne s'améliore pas et l'estomac se fatigue ; le plus souvent ces remèdes, à doses élevées, sont plus nuisibles qu'utiles.

» J'ai vu, chez des ouvriers atteints de néphrite chronique, l'urine redevenir acide et transparente, après une quinzaine de jours de *repos* et d'une *bonne alimentation*, et après une ou plusieurs applications de *ventouses scarifiées;* mais elle se troublait quelquefois de nouveau à la suite d'une moins bonne nourriture ou après de nouvelles fatigues.

» J'ai essayé comparativement le *régime végétal* et le *régime animal*, et *j'ai reconnu que ce dernier était préférable.* Sous son influence, non seulement la sécrétion urinaire a été avantageusement modifiée dans un certain nombre de cas, mais l'état de la constitution s'est amélioré, lors même que le dérangement de la sécrétion de l'urine a persisté.

» Lorsque les malades atteints de néphrite chronique avec urine alcaline et trouble sont fatigués par le besoin fréquent de rendre l'urine, on peut quelquefois calmer cet accident par l'*opium*, par des *lavements opiacés* et *camphrés*, par des *onctions narcotiques* et par l'usage répété de *bains de siége* émollients. On emploie quelquefois avec succès la décoction de *pareira brava acidulée*, l'*extrait* d'uva ursi combiné avec l'*extrait de houblon et de jusquiame*, la *décoction d'uva ursi*, l'*infusion de graine de carotte* ou celle de *feuilles de diosma-crenata*.

» Ces préparations étant toutes plus ou moins excitantes, on doit en suspendre l'usage dans les paroxysmes des néphrites chroniques.

Le *repos*, les *bains narcotiques*, les *exutoires aux lombes*, le *régime animal*, les *boissons toniques* et *résolutives*, les *préparations ferrugineuses*, tout échoue, rien ne les progrès du mal dans certains cas de néphrite chronique double. Alors

la maladie se complique tantôt de diarrhées qui hâtent l'épuisement des forces, tantôt d'un catarrhe pulmonaire ou d'une affection tuberculeuse. L'usage de la *thériaque*, du *diascordium* ou de l'*opium à dose fractionnée* (*un grain et demi dans les vingt-quatre heures, par quart de grain*), des soins habituels dans le régime, une foule de précautions que la fortune ou l'aisance permettent de se procurer, un emploi calculé de certains *palliatifs*, ont pu quelquefois prolonger la vie pendant plusieurs années; mais chez les individus de la classe ouvrière, que le besoin oblige à de rudes travaux ou expose à de fréquentes variations de température, les rechutes se multiplient, les complications s'aggravent, et la mort ne se fait pas longtemps attendre. »

Il est facile de comprendre le motif qui m'a engagé, contre mon habitude, à emprunter ainsi à un auteur, et sans le discuter, le traitement de cette maladie. Il est impossible, pour des raisons plusieurs fois indiquées, de recourir avec quelque utilité aux recherches antérieures à celles de M. Rayer, et, d'un autre côté, les faits sont insuffisants pour apprécier convenablement la valeur des moyens proposés par ce dernier. C'eût été vouloir inutilement chercher à masquer le défaut de précision de ce traitement, que d'entrer dans des détails circonstanciés sur les divers agents thérapeutiques mis en usage : il fallait se borner à les indiquer, afin de mettre les praticiens à même de les expérimenter, et c'est ce que j'ai fait en extrayant le passage précédent. Je me contente d'ajouter, pour terminer, que de tous les moyens qui viennent d'être énumérés, ceux qui doivent être préférés, d'après les faits où une amélioration plus ou moins prononcée et prolongée s'est manifestée, sont le *repos*, un *bon régime*, les *émissions sanguines locales*, les *narcotiques* et les *exutoires* (les *cautères* en particulier) à la région lombaire.

ARTICLE IV.

NÉPHRITE RHUMATISMALE.

La plupart des auteurs ont affirmé que le rhumatisme, nom sous lequel on a bien souvent confondu des affections diverses, peut se transporter sur les reins comme sur les autres organes, et occasionner la mort de cette manière. Ce serait là une de ces *métastases rhumatismales* admises avec la plus grande facilité; mais ce ne serait pas encore, à proprement parler, une néphrite rhumatismale, car si cette néphrite ne présentait, sous le rapport des symptômes aussi bien que sous celui des lésions anatomiques, aucun caractère particulier bien tranché, on ne saurait y voir qu'une de ces inflammations secondaires ou consécutives qui viennent ajouter une cause de mort à celles qui existent déjà, sans que pour cela on ait besoin d'invoquer la nature rhumatismale de la maladie.

Mais M. Rayer, se fondant précisément sur la nature propre des lésions cadavériques, a admis l'existence de la *néphrite rhumatismale proprement dite*, et nous a fourni quelques matériaux intéressants pour l'histoire de cette espèce d'inflammation rénale. Lui seul, par conséquent, doit être consulté à ce sujet, car il a seul envisagé la question sous son véritable point de vue. On n'en peut douter après avoir lu l'exposition de l'état présent de la science qu'il a faite en ces termes (1) :

(1) *Traité des maladies des reins*; Paris, 1840, t. II, p. 73.

« Si l'on consulte, dit-il, les auteurs anciens ou modernes qui ont écrit sur le rhumatisme et sur la péricardite rhumatismale, à peine trouve-t-on quelques faits qui conduisent à penser que les reins peuvent être le siége d'une inflammation ou de toute autre affection de nature rhumatismale ; le plus souvent même il n'est pas fait mention de l'état des reins dans l'exposé des résultats des ouvertures de cadavres, lorsque la maladie s'est terminée par la mort.

» Cependant je me crois autorisé à affirmer qu'il existe une néphrite rhumatismale, bien que le nombre d'exemples que je puisse citer de cette lésion soit très peu considérable, eu égard au grand nombre d'affections rhumatismales que j'ai observées. »

Tel est donc l'état de la question. Voyons maintenant, dans l'article de M. Rayer, ce que le petit nombre de faits qu'il a étudiés lui a appris sur ce point de la pathologie rénale ; nous apprécierons ensuite rapidement la valeur de ces résultats.

Sous le rapport des *causes* ces faits ne nous apprennent rien, et il est impossible de savoir pourquoi, sur un si grand nombre de rhumatisants, il en est si peu qui soient atteints de l'affection rénale dont il est ici question. Cependant faisons observer que les symptômes étant, comme on va le voir, très obscurs, il est possible qu'on laisse passer inaperçus un certain nombre de cas qui se terminent par la guérison.

Relativement aux *symptômes*, il est absolument nécessaire de transcrire ici un long passage de l'ouvrage de M. Rayer : c'est le seul moyen de donner une juste idée de l'état de nos connaissances à ce sujet, et de montrer combien les recherches les plus attentives sont nécessaires, si l'on veut parvenir un jour à jeter quelque lumière sur cette symptomatologie, si difficile à étudier.

« Si la néphrite rhumatismale, dit M. Rayer, est suffisamment caractérisée par la maladie générale dont elle est un des rares phénomènes, par l'apparence particulière des lésions rénales, et par la coïncidence des lésions rhumatismales dans d'autres organes, pendant la vie les symptômes de cette affection des reins sont tellement obscurs dans la plupart des cas, que, dans l'état actuel de la science, il est à peu près impossible d'assigner les caractères à l'aide desquels on peut sûrement la reconnaître. Il est bien rare, en effet, que cette affection s'annonce par une douleur dans la région d'un des reins, se propageant, dans la direction de l'uretère, dans le testicule et dans la cuisse correspondante, après la disparition brusque de douleurs rhumatismales d'autres parties du corps. Et lorsque, dans un cas de rhumatisme, la douleur, après avoir parcouru successivement plusieurs jointures, se déclare dans une des régions lombaires, on n'est pas aussi sûr qu'on l'a dit de reconnaître que cette douleur est musculaire à ce qu'elle augmente par les mouvements du tronc ; car j'ai vu, dans des accès de colique néphrétique, les douleurs rénales singulièrement augmentées par des mouvements analogues.

» Quant à la coïncidence d'une douleur dans la cuisse correspondante, ce phénomène n'est point un signe positif de néphrite, puisque cette douleur est aussi un des symptômes d'une affection rhumatismale du membre.

» La douleur dans le testicule du côté affecté est un signe de néphrite de plus de valeur ; mais il manque dans un grand nombre de cas.

» Une diminution très notable de la sécrétion urinaire (*ischurie rhumatismale*) est un des indices de l'affection rhumatismale des reins ; mais dans des cas de rhumatisme articulaire aigu général, accompagné de sueurs très abondantes, j'ai vu si souvent la sécrétion urinaire suspendue ou très diminuée (lorsqu'il n'existait ni douleurs aux lombes, ni d'autres signes d'affection des reins), qu'on ne peut rien inférer rigoureusement de la suspension momentanée de la sécrétion de l'urine, à moins que les sueurs ne soient rares et peu abondantes, et que les boissons n'aient été prises en quantité assez considérable.

» J'ai plusieurs fois noté, pendant la vie, la présence d'une certaine quantité d'albumine dans l'urine des rhumatisants qui éprouvaient des douleurs aux lombes. S'ils eussent ressenti en même temps une douleur dans le testicule correspondant, l'existence d'une néphrite ou au moins d'une hypérémie des reins m'eût paru certaine ; dans tous les cas, la douleur du testicule manquait.

» Quant aux propriétés physiques et chimiques de l'urine, étudiées comparativement chez les rhumatisants qui avaient des douleurs aux lombes et chez ceux qui n'en avaient pas, je n'ai point observé de différences qui pussent me faire soupçonner l'existence d'une affection des reins. Dans tous les cas de rhumatisme aigu, l'urine était d'un rouge foncé et très acide ; le sédiment, d'un rouge brique ou teint en rose, était composé, en très grande partie, d'urates en poudre amorphe, et quelquefois de rares cristaux d'acide urique. »

Avant de présenter les réflexions que fait naître naturellement cette exposition des faits observés par M. Rayer, je crois devoir, pour ne pas interrompre la description, continuer l'analyse de son article.

La *terminaison* de la maladie n'est pas mortelle dans la très grande majorité des cas, puisque M. Rayer n'a vu qu'une seule fois les lésions rhumatismales des reins occasionner la mort par elles-mêmes. Dans tous les autres cas qu'il a observés, il y avait en même temps d'autres lésions, et notamment des lésions du cœur et de ses membranes.

Les *lésions anatomiques* sont le point le plus important à considérer ; aussi ne saurais-je mieux faire que de transcrire encore le passage de M. Rayer où se trouve leur description : « En examinant après la mort, dit cet auteur, les divers organes d'individus de différents âges qui avaient succombé à des affections du cœur ou du péricarde survenues à la suite de rhumatismes, j'avais noté depuis longtemps que les reins étaient quelquefois altérés. Lorsque j'eus réuni un certain nombre de cas de ces lésions rénales chez des rhumatisants, je fus frappé des apparences particulières que présentaient ces lésions. Si l'altération était récente, la substance corticale des reins était infiltrée, en un ou plusieurs points, de lymphe coagulable ; ces dépôts solides faisaient presque toujours saillie à la surface extérieure du rein, où ils apparaissaient comme des plaques légèrement jaunâtres, souvent entourées d'une ligne rouge plus ou moins foncée. Le volume de ces dépôts était très variable ; à la coupe on voyait qu'ils se prolongeaient quelquefois très profondément dans l'épaisseur de la substance corticale ; j'en ai vu qui avaient le volume d'une grosse noix ; d'autres celui d'un grain de cassis ou d'un grain d'un plus petit volume encore ; dans tous les cas, leur limite était exactement indiquée par une ligne rouge foncé qui séparait ces dépôts des parties non altérées. Les membranes extérieures du rein, dans les parties correspondantes à ces dépôts, étaient

[illegible] aussi la membrane muqueuse du bassinet [illegible] vasculaires et un pointillé rouge remarquable ; les [illegible] de volume ; en outre ils contenaient quelquefois [illegible]

[illegible], les lésions de la néphrite rhumatismale ont [illegible] qu'on remarque dans le premier état à la sur- [illegible] par des dépressions plus ou moins profondes, en [illegible] dimension, et dont le fond est jaune. La coupe n'a [illegible] état aigu, la matière du dépôt ressemblait à la lymphe [illegible] membranes ; à l'état chronique, c'est une matière ferme, [illegible] de sa couleur jaune, ressemble assez bien à du tissu [illegible] où sont les dépressions, les membranes fibreuse et cellu- [illegible] adhérentes, qu'elles ne peuvent en être détachées, et [illegible] leur voisinage, elles sont si fortement unies avec la substance [illegible] qu'on ne peut les séparer qu'avec la plus grande difficulté. [illegible] membranes sont généralement épaissies, mais le plus souvent il [illegible] épaississements partiels, reconnaissables à la saillie ou à l'opacité [illegible] considérable de ces membranes dans les points affectés. On rencontre [illegible] même temps des kystes séreux dans la substance corticale, et de [illegible] cartilagineux dans la substance tubuleuse. »

Si maintenant nous jetons un coup d'œil critique sur cette description, nous [illegible], sous le rapport des symptômes, on ne peut pas être complétement [illegible] avec M. Rayer. Suivant lui, cette néphrite rhumatismale serait d'abord [illegible] caractérisée par la maladie générale, dont elle est un des rares phénomènes ; mais il faudrait, pour que cette proposition fût adoptée sans restriction, qu'il fût bien démontré qu'une néphrite simple ne peut pas se produire dans le cours d'un rhumatisme, ou, en d'autres termes, que toutes les fois que pendant la durée d'un rhumatisme il survient des signes d'inflammation du rein, on pût affirmer d'avance que si la mort survenait, on trouverait à l'autopsie la lésion particulière décrite plus haut, et qui, ainsi que nous allons le voir, est en définitive le caractère le moins sujet à contestation de la néphrite rhumatismale.

Avec M. Rayer il faut convenir que la *douleur*, telle qu'elle a été observée et décrite, n'est pas un signe suffisant. Quant à la *suppression de l'urine*, la manière de voir de cet auteur paraîtra peut-être exagérée ; car, suivant tous les observateurs, ce symptôme n'appartient pas au rhumatisme articulaire, ou du moins ne se montre que d'une manière exceptionnelle dans cette maladie. Mais en admettant même que cette suppression de l'urine soit un phénomène se montrant assez fréquemment dans le rhumatisme articulaire pour mériter une attention particulière, il eût fallu, avant de se prononcer, rechercher si la suppression a, dans ce dernier cas, une aussi longue durée que dans la néphrite, et il est plus que probable qu'on aurait noté le contraire. C'est donc, selon moi, sur ce symptôme que l'attention des observateurs doit être principalement portée.

Les *caractères physiques et chimiques de l'urine* n'ont, comme on l'a vu, rien de particulier ; de sorte que si l'on n'avait pas trouvé la lésion spéciale décrite par M. Rayer, et dont je vais parler, on serait en droit de nier l'existence d'une néphrite de nature rhumatismale.

Reste donc cette *lésion* qui consiste dans un dépôt de lymphe coagulable ; mais malheureusement ce caractère lui-même n'est pas essentiel, comme le fait remarquer M. Rayer. « Ces lésions anatomiques, dit-il (1), suffiraient, indépendamment de la cause qui les produit, pour caractériser la néphrite rhumatismale, si, dans certaines néphrites par poisons morbides, on n'observait pas des lésions semblables à celles que j'ai rencontrées dans la période aiguë de la néphrite rhumatismale. »

Il résulte de ce qui précède que presque tout reste encore à faire sur cette espèce de néphrite, et qu'on doit d'abord s'efforcer de démontrer péremptoirement son existence. Cependant j'ai cru devoir entrer dans tous ces détails, parce qu'il ne peut pas être indifférent pour la pratique de savoir si l'on doit reconnaître ou non une néphrite de nature particulière, qui pourrait bien exiger des moyens différents de ceux qu'on oppose habituellement aux autres. Si je n'ai pas pu résoudre complétement la question, j'ai du moins montré les points qui demandent surtout à être éclairés. Espérons que des observations nouvelles ne tarderont pas à faire cesser nos doutes.

Le *traitement* doit nécessairement se ressentir de l'incertitude dans laquelle nous sommes restés sur l'existence même de la nature spéciale de la maladie ; nous ne pouvons avoir, en effet, aucune expérimentation thérapeutique dirigée sur des cas bien déterminés.

« Dans le cas, dit M. Rayer, où l'on reconnaîtrait, pendant la vie, une affection rhumatismale des reins, son traitement rentrerait inévitablement dans celui de la maladie générale dont elle ne serait qu'un des éléments : des *émissions sanguines abondantes et rapprochées* seraient nécessaires. » Cette proposition ne peut évidemment s'appliquer qu'à la néphrite survenant dans le cours d'un rhumatisme aigu. Mais si, après s'être montrée de cette manière, l'affection persiste et devient chronique, ou bien si elle est chronique dès le début, quels sont les moyens à lui opposer ? Ici l'observation est muette, et tout ce que je peux faire, c'est de renvoyer le lecteur à l'article *Rhumatisme articulaire chronique*, en attendant que de nouvelles recherches viennent nous apprendre s'il est utile de diriger contre l'affection rénale en particulier quelque moyen tout spécial.

« On a aussi, ajoute le même auteur, conseillé d'appliquer des *vésicatoires* ou d'autres topiques excitants autour des articulations qui avaient été douloureuses dans le cours d'un rhumatisme, lorsqu'il paraissait s'être fixé sur les reins. » C'est là le traitement commun à toutes les métastases de ce genre admises par les auteurs.

ARTICLE V.

NÉPHRITE GOUTTEUSE.

Si l'on s'en laissait imposer par de simples apparences, on pourrait croire que la plupart des auteurs ont réellement mentionné une néphrite goutteuse ; mais si l'on examine avec attention les principales publications dont M. Rayer nous a donné une indication exacte, on voit bientôt qu'il ne s'agit, dans toutes ces

(1) *Loc. cit.*, t. II, p. 74.

[illegible] des *calculs urinaires*, qui se présentent fré-[illegible]

[illegible] ait explicitement signalé l'existence d'une inflam-[illegible] goutteuse. Cette manière de voir doit-elle être adoptée? [illegible] qu'on ne conservât aucun doute, il faudrait qu'à [illegible] chez des goutteux correspondissent après la mort [illegible] leur nature de celles des autres néphrites, et que [illegible] siége la substance même du rein et non ses conduits, [illegible] des affections dont nous nous occupons actuellement. Or [illegible] recherches de M. Rayer.

[illegible] nous venons de le voir, les auteurs qu'il a cités n'ont réelle-[illegible] fréquence plus ou moins grande de la gravelle et des calculs [illegible] maladies goutteuses. En second lieu, les faits qu'il a réunis nous [illegible] qui, sujets à des attaques de goutte, ont eu, dans le cours [illegible] ou dans les intervalles, les urines chargées d'acide urique, ont [illegible] douleurs rénales, et parfois ont eu des accès de colique néphré-[illegible] l'autopsie, chez un très petit nombre de sujets, on a trouvé des [illegible] urique dans les tubulures, de petits calculs, et des lésions de la [illegible] corticale et des membranes des reins qui n'ont rien de particulier.

[illegible] seul cas les lésions présentaient quelque chose d'insolite, et c'est pour-[illegible] en donner la description, afin qu'on puisse juger si ce fait est suffi-[illegible] pour qu'on admette la néphrite goutteuse.

[illegible] l'ouverture du corps d'un goutteux, dit M. Rayer, j'ai trouvé les deux reins [illegible] altérés. Ils présentaient à leur surface de gros mamelons blanchâtres, [illegible] par des dépressions dont le fond, parcouru par un très grand nombre de [illegible] capillaires, était rougeâtre. Les mamelons, plus durs que la substance [illegible] adhéraient fortement aux membranes extérieures des reins. Toute la sur-[illegible] du rein gauche était généralement mamelonnée, et ses extrémités étaient [illegible] hérissées d'un grand nombre de petites aspérités. Le rein droit était moins [illegible]; sur une des faces, les mamelons, disposés en circonvolutions, dégéné-[illegible] en des élevures plus petites, irrégulières; sur l'autre face, les espèces de circonvolutions formées par les gros mamelons s'arrêtaient à un sillon qui semblait continuer l'angle inférieur de la scissure du rein, dont le lobe inférieur était presque lisse. A la coupe, la substance corticale était très pâle, et, par endroits, d'une teinte jaunâtre et légèrement transparente, à peu près comme dans un des états de la néphrite albumineuse; on ne découvrait point de granulations.

« Les bassinets, un peu dilatés et arborisés, contenaient un assez grand nombre de petits graviers jaunes d'acide urique; on voyait en outre, à la surface interne du bassinet du rein gauche, un petit nombre de vésicules jaunâtres, transparentes, du volume d'une tête d'épingle.

« Il existait aussi un certain nombre de petits graviers jaunes dans la vessie, dont la membrane muqueuse était saine. »

Je ne crois pas qu'avec de pareils faits on puisse regarder comme démontrée l'existence d'une néphrite goutteuse. M. Rayer lui-même semble le reconnaître, lorsqu'après avoir mentionné les grains de sable qui se trouvent dans les reins, il [illegible] « Quant à l'apparence de l'altération des substances des reins, elle varie

suivant les cas, mais elle correspond toujours à une de celles qui caractérisent la néphrite chronique. » Ainsi, je le répète, tout ce qu'on peut dire, c'est que les goutteux sont sujets à la gravelle urique, et que, dans certains cas, les dépôts qui en résultent irritent les reins de manière à produire une inflammation aiguë ou chronique qui a son siége principal dans les conduits urinaires; mais il n'y a rien là d'assez spécial pour nous déterminer à décrire cette affection comme une espèce particulière de néphrite. Au reste, la pathologie n'y perd rien, car toute la différence consiste dans la manière d'envisager l'affection, et, pour les besoins du praticien, il suffit de rappeler ces faits à l'occasion de la gravelle et des calculs urinaires.

Cependant, comme il ne peut pas être inutile de savoir quelles sont les espèces différentes que présente une maladie, parce que chacune d'elles peut exiger un traitement particulier, je n'ai pas pu me dispenser d'entrer dans la discussion précédente, et d'indiquer avec quelques détails les raisons qui m'empêchent de décrire une néphrite goutteuse.

ARTICLE VI.

MALADIE DE BRIGHT

(*néphrite albumineuse*, *albuminurie*, *affection granuleuse des reins*, etc.)

L'affection dont il va être question dans cet article est une de celles dont on n'a pas pu faire remonter la connaissance plus haut que ces dernières années, quelques recherches d'érudition qu'on ait entreprises. C'est au docteur Bright que revient l'honneur de cette découverte, qui pouvait être préparée, mais qui assurément n'était point faite, comme on peut s'en assurer en lisant avec quelque attention l'*historique* détaillé de M. Rayer sur cette grave maladie, historique dont je vais indiquer sommairement les points principaux. Depuis Hippocrate jusqu'à Cotugno (1), tout ce que les auteurs avaient constaté, c'est que l'*anasarque* correspond parfois à certaines affections des reins. A peine si quelques uns avaient remarqué certains caractères particuliers des urines dans les cas de ce genre. A Cotugno commence une nouvelle série de recherches pour ainsi dire en sens inverse; c'est-à-dire que si les médecins précédents s'étaient contentés de signaler la coïncidence de la lésion rénale et de l'albumine, Cotugno et un bon nombre de ceux qui vinrent après lui se contentèrent de rechercher le rapport qui pouvait exister entre la présence de l'albumine dans les urines et l'hydropisie.

Wells (2), dans plusieurs publications dont M. Rayer nous a donné des extraits, fut le premier qui entrevit le rapport et de la lésion particulière des reins, et de la présence de l'albumine dans les urines, avec les hydropisies, et la découverte de la maladie eût été complète si ce rapport eût été bien précisé. Mais Wells n'alla pas jusque-là, ainsi qu'on peut s'en convaincre par ce passage que rapporte M. Rayer : « Mais je n'en conclus pas, ajoute Wells, que ces apparences des reins et celles qui ont été notées dans d'autres cas (reins plus volumineux et plus mous, avec vési-

(1) *De ischiade nervosa* (*Comment.*, 1770).
(2) *On the presence of the red matter and serum of the blood*, etc. (*Transactions of a Society for the improv. of med. and chir. knowledge*, vol. III).

cules, kystes, etc.) existent toujours, ni que les reins sont toujours malades, quand les urines contiennent beaucoup de sérum (1). » C'est cette indécision qui empêcha qu'on n'accordât aux recherches de cet auteur toute l'attention qu'elles méritaient, car on ne peut pas nier qu'elles ne soient de la plus haute importance.

Jusqu'à Bright il n'est aucun autre auteur qui ait poussé plus loin la connaissance de la maladie, et c'est pourquoi je n'entrerai pas dans des détails sur leurs travaux, bien que ceux de Blackall (2) et de Prout (3) aient un degré d'intérêt incontestable.

Voici comment M. Rayer indique la manière précise dont M. Bright fit connaître les caractères de la maladie à laquelle il a attaché son nom. On verra par là que, dès ce moment, toutes les incertitudes devaient cesser. « Après avoir rappelé l'influence remarquable que les maladies du cœur et des gros vaisseaux, les maladies du foie et des veines, et celle de l'inflammation des membranes séreuses exercent sur le développement de l'hydropisie, M. Bright annonça nettement que l'hydropisie avait encore une autre source dans *des altérations particulières des reins ;* et il ajouta que toutes les fois que l'hydropisie dépendait de ces altérations rénales, l'urine était plus ou moins *albumineuse*, tandis qu'il ne l'avait jamais trouvée coagulable dans un grand nombre d'autres hydropisies qu'il avait observées et qui dépendaient de maladies organiques du foie. »

Dès lors l'affection fut bien connue, et il ne resta plus qu'à étudier quelques détails que le temps seul pouvait faire connaître. Des auteurs d'un très haut mérite vinrent bientôt compléter la description de la maladie, sur laquelle ont paru, dans ces quinze dernières années, un très grand nombre de travaux importants. Je me contente de mentionner ceux des docteurs Christison (4), Gregory (5), Rayer (6), Martin-Solon (7), parce que j'aurai à citer maintes fois, dans le cours de cet article, et les recherches de ces auteurs, et celles de plusieurs autres observateurs récents qui ont aussi jeté quelque lumière sur ce point si important de la pathologie des reins.

Il s'est élevé au sujet de la nature même de la maladie, de la dénomination qui lui convient et des diverses formes qu'elle présente, des discussions qui me paraissent mériter d'être examinées avant que nous entreprenions son histoire. La manière dont seront résolues les questions soulevées dans ces discussions doit, en effet, avoir une influence marquée sur le mode qu'il convient d'adopter dans la description de cette affection. Dans un travail que j'ai déjà cité (8), j'ai traité ces questions avec les détails qu'elles méritent ; je crois donc bien faire en reproduisant ici le passage où elles sont examinées. Voici comment je m'exprimais à ce sujet :

« Avant d'entrer en matière, examinons d'abord, avec M. Rayer, si la maladie

(1) *Loc. cit.*, t. II, p. 534.

(2) *Observ. on the nature and cure of dropsies ;* London, 1813.

(3) *Inquiry on the nat. and treat. of gravel*, etc.; London, 1821. Trad. en français par Mourgué, Paris, 1822, in-8.

(4) *Observ. on the variet. of dropsy*, etc. (*Edinburgh med. and surg. Journ.*, 1829); and *On granular degen. of the kidnies*, etc.; Edinburgh, 1829.

(5) *On diseas. stat. of the kidney*, etc. (*Edinburgh med. and surg. Journ.*, 1831).

(6) *Oper. cit.*, t. II, p. 546.

(7) *De l'albuminurie*, etc.; Paris, 1838.

(8) *Arch. gén. de méd.*, 3e série, 1842, t. XV, p. 59.

mérite réellement le nom qu'il lui a imposé. L'expression de néphrite albumineuse indique l'existence d'une inflammation des reins, dont le signe spécial est la présence de l'albumine dans les urines. De nombreuses objections ont été faites à cette manière d'envisager la maladie, et M. Rayer a senti qu'il fallait commencer par les repousser. Nous ne saurions mieux faire que de citer la note de M. Rayer sur ce point, qui ne laisse pas d'avoir une grande importance, car les idées qu'on se fait sur la nature d'une maladie ont nécessairement une grande influence sur son traitement.

— « On a, dit M. Rayer, fait plusieurs objections contre la dénomination de néphrite albumineuse que j'ai imposée à cette maladie des reins.

» On a dit que le mot *néphrite*, employé comme terme générique, pouvait empêcher de reconnaître la nature de la lésion rénale; que cette dénomination tranchait une question qui n'était pas complétement résolue; qu'elle tendait à faire appliquer à cette maladie la méthode antiphlogistique qui ne lui était pas favorable dans un certain nombre de cas, et qui lui était contraire dans ses périodes avancées; enfin, on a ajouté que d'autres lésions inflammatoires des reins étaient également accompagnées d'urines albumineuses. Je me bornerai à remarquer ici que l'analogie de cette maladie avec les autres inflammations rénales est frappante, lorsqu'on les étudie comparativement dans leurs causes, dans leurs symptômes et leur traitement, et surtout dans les caractères anatomiques de leur première et dernière période; que le mot de *néphrite*, appliqué comme terme générique à la néphrite albumineuse, ne peut empêcher de reconnaître cette maladie, analogue par plusieurs caractères importants à la néphrite ordinaire; que si la méthode antiphlogistique telle que la comprennent les auteurs des objections, c'est-à-dire l'emploi des saignées générales et locales, la diète, etc., n'est pas applicable à la néphrite albumineuse chronique, une foule d'inflammations chroniques, et en particulier toutes les inflammations chroniques et non fébriles des reins et de la vessie sont dans le même cas; enfin que si l'urine contient quelquefois, et d'une manière passagère, de l'albumine mélangée ou non de pus ou de sang, dans d'autres affections rénales ou dans d'autres inflammations des reins (fait que j'ai signalé depuis longtemps), cela ne fait pas que le passage constant d'une quantité notable d'albumine dans l'urine ne soit un phénomène propre à caractériser une espèce particulière de néphrite.

» On s'est fait généralement une idée peu exacte de la néphrite albumineuse, d'après la seule connaissance de ses formes lentes ou chroniques. Longtemps on a négligé l'étude des cas aigus qui surviennent après la scarlatine, et plus rarement sous l'influence du froid et de l'humidité, et les cas les plus communs où la maladie, à son début, a un caractère inflammatoire, noté par des médecins d'une époque déjà éloignée, qui, dans l'ignorance du siége primitif de la maladie, l'avaient considérée comme une *hydropisie inflammatoire*, *pléthorique ou sthénique*.

» En résumé, la dénomination de néphrite albumineuse a l'avantage de donner une idée générale du caractère nosologique de la maladie, de la rapprocher des lésions rénales avec lesquelles elle a de l'analogie, de faire pressentir la nécessité d'arrêter une maladie inflammatoire et désorganisatrice dès son début et avant qu'elle passe à l'état chronique, où elle est presque toujours incurable.

» J'ajoute que les dénominations qu'on a proposées pour désigner cette maladie sont loin d'être préférables (*Diseased kidney in dropsy*, Bright, 1827; — *Renal*

diseases accompanied with secretion of albuminous urine; Bright, 1836; — *The variety of dropsy wich depends on diseased kidney*, Christison ; — *The diseased states of the kidney connected during life with albuminous urine*, Gregory); dénominations dont les unes ont l'inconvénient de rattacher la lésion rénale à l'hydropisie, laquelle n'existe pas toujours et semble supposer que l'hydropisie ne peut résulter d'autres affections rénales, et dont les autres semblent réunir dans un même groupe toutes les lésions rénales accompagnées d'urine albumineuse pendant la vie, ce qui ne serait pas vrai, et ce qui ne pourrait être fait sans une confusion fâcheuse.

» La dénomination de *dégénérescence granuleuse* (*granular degeneration of the kydnies*, Christison) a le grave inconvénient de donner à entendre que les granulations sont le caractère anatomique essentiel de la maladie, tandis qu'elles n'en sont réellement qu'une des apparences. Aussi cette dénomination a-t-elle conduit à méconnaître la maladie dans les cas où les granulations de M. Bright n'existaient pas : dans la première, la seconde et la troisième forme, par exemple.

» La dénomination *renal dropsy* (hydropisie dépendante des reins) présente l'hydropisie comme la maladie elle-même, et cependant l'hydropisie peut ne pas exister lorsque la lésion rénale existe, et elle peut disparaître complétement lorsque l'affection rénale persiste.

» La dénomination d'*albuminurie*, proposée par M. Martin-Solon, est plus défectueuse encore. En employant un même mot (*albuminurie*) pour désigner à la fois un phénomène commun à plusieurs maladies et une affection particulière des reins produisant l'hydropisie, il a été inévitablement conduit à jeter une sorte de confusion dans une étude qui offrait déjà par elle-même de grandes difficultés.

» Enfin on a proposé d'appeler cette affection *maladie de Bright*; et j'aurais été très disposé à adopter cette dénomination qui constate la découverte de ce médecin célèbre, s'il ne m'eût paru préférable de donner à la maladie un nom pathologique significatif. »

— » Les raisons que donne M. Rayer pour conserver la dénomination qu'il a adoptée n'ont peut-être pas toute la valeur qu'il leur attribue. Il est très vrai que dans la première période de la maladie les symptômes et les lésions anatomiques présentent des caractères semblables à ceux des autres inflammations rénales ; mais n'en est-il pas de même pour toutes les affections organiques dont la nature s'éloigne le plus de l'inflammation ? Qu'il se développe des tubercules dans les poumons, un cancer dans l'estomac ou dans l'intestin, ne voyons-nous pas survenir ; dans le premier cas, des symptômes qui se rapprochent tellement d'une bronchite chronique, qu'ils en ont imposé à plusieurs observateurs, et dans le second des troubles gastriques et intestinaux tels, que l'inflammation paraît, dans quelques cas évidente ? Certains auteurs, il est vrai, admettent que les maladies dont nous parlons sont de nature inflammatoire, au moins dans leur première période ; mais nous ne pensons pas que M. Rayer soit de ce nombre, et il nous suffit de faire remarquer que la maladie de Bright suit, d'après cet auteur, une marche bien différente de l'inflammation ordinaire, qu'elle donne lieu à des altérations de structure qu'on ne rencontre pas dans les simples phlegmasies, que sous ces divers rapports elle se rapproche évidemment assez des affections organiques dont nous venons de parler pour montrer que s'il est vrai que cette affection présente, dans

le principe, des symptômes inflammatoires, ces symptômes ne sont pas essentiels, ne sauraient constituer la nature de la maladie, et ne sont, comme dans les cas de tubercules pulmonaires et de cancers des divers organes, autre chose que le résultat d'un travail organique profond par lequel commence la dégénération toute spéciale des reins. S'il en était autrement, ne verrait-on pas se produire assez fréquemment des altérations toutes semblables à celles qui ont lieu dans la néphrite simple ?

» Il est vrai que les autres dénominations proposées par les divers auteurs ne sont pas plus exactes ; aussi n'est-ce point sur le nom en lui-même que portent nos réflexions, mais sur les raisons que M. Rayer a invoquées pour l'adopter. Pourvu, en effet, qu'on ait soin, comme il l'a fait, de prévenir le lecteur de la spécificité de la maladie, peu importe, au fond, qu'on l'appelle *néphrite albumineuse*, *maladie des reins avec sécrétion d'urine albumineuse* (Bright), *dégénérescence granuleuse des reins* (Christison), *maladies des reins liées à une sécrétion albumineuse* (Gregory), ou bien simplement *maladie de Bright*. Il n'est point de lecteur un peu instruit qui ne comprenne aussitôt que, puisque ces symptômes inflammatoires existent dans une maladie toute spéciale, ils n'ont qu'une importance secondaire, et ne doivent nullement détourner son attention de l'étude des caractères particuliers de l'affection.

Une seule dénomination peut-être doit être abandonnée ; c'est celle d'*albuminurie*, imaginée par M. Martin-Solon. L'abuminurie, en effet, ne constitue pas, comme le fait remarquer M. Rayer, une maladie particulière, mais bien une altération de la sécrétion urinaire commune à plusieurs affections. On ne peut pas plus se servir de ce nom que de celui de dyspnée pour indiquer une maladie dans laquelle la gêne de la respiration serait portée à un très haut degré.

» Il est donc bien compris qu'on ne doit attacher à toutes ces dénominations qu'une médiocre importance ; c'est dans l'étude attentive des détails de l'affection, et non dans un mot qui n'en indique qu'incomplétement les caractères, qu'on doit chercher à se faire une idée de la nature d'une maladie. »

La discussion dans laquelle je viens d'entrer à propos des dénominations imposées à la maladie de Bright n'est pas un pure dispute de mots, car il en résulte que cette affection ne peut pas plus être considérée comme une inflammation des reins que comme une simple excrétion anormale d'albumine, ou toute autre altération exclusive soit des solides, soit des liquides. C'est une maladie dans laquelle plusieurs états morbides spéciaux concourent au même but. On voit donc qu'en discutant les dénominations, j'ai en définitive cherché à apprécier la nature même de l'affection, et si je ne suis pas parvenu à l'indiquer d'une manière précise, c'est que la chose n'est pas possible dans l'état actuel de la science.

Quant aux divisions proposées par les auteurs, il faut remarquer d'abord que presque toutes se rapportent uniquement aux lésions anatomiques, et que par conséquent elles ne doivent pas nous préoccuper dans la description symptomatique. Si, à des lésions déterminées, on pouvait rapporter, à certaines époques de la maladie, des symptômes également determinés, il faudrait établir sur ces rapports une division méthodique ; mais c'est ce qui n'existe pas. Ainsi il est impossible de dire d'une manière précise quels sont les symptômes qui correspondent particulièrement aux *trois formes* admises par M. Bright, aux *trois degrés* de M. Christison, aux *cinq variétés* de M. Martin-Solon ; ou plutôt, il faut reconnaître que tous les

mune chez les premiers que chez les derniers. Toutefois ce fait ne me paraît pas suffisamment démontré, et je ne crois pas qu'avec les éléments que possédait M. Becquerel, on pût arriver à quelque chose de précis. Il a, en effet, rassemblé vingt-cinq observations de maladie de Bright chez les enfants, mais ces faits lui sont venus de différentes sources; comment donc aurait-il pu trouver une proportion exacte, ne sachant pas le chiffre des sujets sur lesquels ont été prises les observations? Tout ce qu'il est permis de dire, c'est que les cas qu'il a recueillis et ceux que l'on recueille journellement à l'hôpital des Enfants malades prouvent que la maladie n'est pas aussi rare dans l'enfance qu'on pourrait le croire d'après les assertions de certains auteurs. M. Rayer a remarqué que c'était principalement à la suite de la *scarlatine* qu'on l'observait chez les enfants, et que, en pareil cas, la maladie se présentait presque toujours sous sa forme aiguë.

Les adultes en sont fréquemment atteints. Elle se montre rarement dans un âge très avancé, ainsi que le démontrent les divers relevés d'observations : toutefois, pour que les résultats fussent précis, il faudrait connaître le nombre de sujets existants aux différents âges, document que nous ne possédons pas.

Sexe. L'influence du *sexe* est évidente. Les hommes en sont plus fréquemment atteints que les femmes; c'est un fait que nous avons constaté en citant le relevé de M. Becquerel, et qu'il ne faudra pas perdre de vue lorsque nous aurons à déterminer le rapport qui peut exister entre la maladie de Bright et les tubercules du poumon.

Constitution; tempérament. La constitution n'a pas été étudiée d'une manière rigoureuse. Toutefois on admet qu'une *constitution débile* et un tempérament *lymphatique* prédisposent considérablement à cette affection. On a surtout insisté sur l'influence de certaines *affections constitutionnelles*, et en particulier des *scrofules* et de la *syphilis*. « J'ai vu, dit M. Rayer, plusieurs malades atteints de cette espèce de néphrite, qui avaient des ulcères scrofuleux aux jambes, des inflammations chroniques aux articulations des genoux, de la hanche, des os des pieds, des doigts, etc.; d'autres offraient des symptômes non équivoques de syphilis ancienne et invétérée, des éruptions vénériennes, des exostoses, des ulcérations à la voûte palatine, etc. Toutefois tous ces cas n'étaient pas également concluants, car plusieurs de ces malades avaient été exposés à l'influence d'autres causes dont l'action sur le développement de la néphrite albumineuse n'est pas douteuse : à l'impression du froid et de l'humidité, et à l'abus des liqueurs spiritueuses. » On voit par cette citation qu'il n'y a rien de bien précis dans l'appréciation de ces causes, dont l'influence ne nous est connue que d'une manière générale.

Conditions hygiéniques. Les conditions hygiéniques ont attiré particulièrement l'attention des médecins. Suivant M. Rayer, l'*exposition habituelle* ou longtemps continuée du corps à l'*action du froid et de l'humidité* est, en France, la cause la plus fréquente de cette maladie. La plupart des individus qu'il a traités avaient passé plusieurs mois dans une habitation froide et humide, et plusieurs étaient journellement exposés par leur état à l'action du froid humide : « C'étaient, dit l'auteur que je viens de citer, des tisserands, des blanchisseuses, des ouvriers imprimeurs occupés à mouiller le papier, des portiers habitant des loges basses et humides; d'autres exerçaient des professions qui les obligeaient d'avoir habituellement les pieds dans l'eau (débardeurs, bateliers, etc.). »

Cette appréciation d'une cause importante à connaître n'est malheureusement pas rigoureuse ; c'est ce que l'on a très bien fait observer quand on a dit que les professions exercées par les ouvriers dans les grandes villes en exposent le plus grand nombre au froid et à l'humidité, et que par conséquent il n'est nullement étonnant qu'on en trouve une proportion notable dans la maladie de Bright aussi bien que dans toute autre. On oublie toujours que la recherche des causes, et surtout des causes indirectes, doit principalement porter sur la proportion relative des cas. Parce que l'on voit un nombre un peu considérable de sujets d'une certaine profession être affectés d'une maladie donnée, on en conclut que cette profession y expose plus que toute autre, et l'on tombe de cette manière dans les plus graves erreurs. Espérons que des recherches faites d'après des données plus certaines viendront nous éclairer sur l'influence de la cause que nous étudions ici, et que nous devons regarder comme probable, mais non comme démontrée de manière à satisfaire les esprits rigoureux.

« L'*abus des liqueurs spiritueuses*, dit M. Rayer, est une cause très commune de la néphrite albumineuse dans la Grande-Bretagne, où, suivant M. Christison, cet abus produit les trois quarts ou même les quatre cinquièmes des cas de cette maladie. »

Les réflexions que je viens de présenter à propos de l'influence du froid et de l'humidité se présentent naturellement ici. Les sujets admis dans les hôpitaux, en Angleterre, ne font-ils presque pas tous des excès alcooliques ? Et devons-nous trouver extraordinaire qu'un très grand nombre de malades soient dans ces conditions ? M. Rayer n'a pas recherché l'influence de cette cause en France, ce qui lui eût servi à juger la question. Quant à M. Becquerel, il a trouvé que neuf fois seulement sur soixante-neuf cas les malades étaient dans l'habitude de faire des excès de boisson. Cette proportion est, comme on le voit, très peu considérable, et à coup sûr on la retrouverait dans une maladie quelconque observée dans nos hôpitaux.

Les recherches faites sur l'influence de l'*alimentation* n'ont produit aucun résultat satisfaisant. M. Becquerel, qui a examiné sous ce point de vue les divers cas soumis à son observation, n'en a trouvé que neuf dans lesquels la nourriture ait été mauvaise et insuffisante. On n'a cité aucun aliment particulier qui puisse produire la maladie de Bright.

Suivant quelques auteurs, les *excès vénériens* pourraient donner naissance à cette affection, mais le fait n'est nullement prouvé, puisque deux individus seulement sur soixante-neuf observés par M. Becquerel étaient dans de semblables conditions. M. Rayer (1) dit que trois fois l'*onanisme* lui a paru la seule cause appréciable à laquelle on pût attribuer le développement de la néphrite albumineuse chronique ; mais cette proposition ne saurait être regardée comme très exacte, puisque nous verrons plus loin que cette maladie peut se développer sans qu'il soit possible d'en découvrir la cause.

Suivant ce dernier auteur, l'*aménorrhée* est plutôt une conséquence que la cause de la maladie de Bright. Le même auteur a rangé la *grossesse* parmi les

(1) *Loc. cit.*, t. II, p. 129.

causes prédisposantes de cette maladie ; les recherches de MM. Cahen (1) et Devilliers fils (2) ont confirmé cette assertion.

Je ne parle point ici de l'influence de la *phthisie pulmonaire*, des *maladies du cœur* et *du foie*, parce que j'aurai à en dire un mot plus loin en parlant des conditions organiques dans lesquelles se développe l'hydropisie rénale.

Les *climats* et les *saisons* ont-ils une influence mieux démontrée que celle des causes précédentes ? Si l'on s'en rapporte aux différents auteurs, le fait n'est pas douteux ; cependant il faut observer qu'aucun d'eux ne s'est exprimé d'une manière précise. Tout ce qu'il est permis de dire, par conséquent, c'est qu'un climat froid et humide, le printemps et l'automne, paraissent plus favorables au développement de la maladie.

Enfin on s'est demandé si l'*hérédité*, dont l'influence n'est pas douteuse dans quelques autres maladies des reins, ne se retrouverait pas dans celle dont il s'agit ici, mais les recherches ont démontré le contraire.

2° Causes occasionnelles.

Les causes occasionnelles sont beaucoup plus difficiles encore à reconnaître que les causes prédisposantes. Les recherches sur ce point ne nous fournissent que des résultats extrêmement vagues. Il suffira par conséquent d'indiquer rapidement les causes de ce genre.

Les *excès de boissons alcooliques*, dont j'ai parlé à propos des causes prédisposantes, se retrouvent ici, mais leur influence n'est nullement mise hors de doute. L'influence du *froid extérieur* devient bien plus marquée chez les individus convalescents de la *scarlatine*. Lorsque nous aurons à traiter de cette maladie, nous indiquerons les cas où il survient une hydropisie par suite de l'impression du froid. Or il résulte des recherches de M. Rayer qu'en pareil cas l'urine est albumineuse, et les reins présentent les lésions propres à la maladie de Bright.

Une grande *fatigue*, des *travaux excessifs* ont été également signalés, sans qu'on ait fourni des preuves plus convaincantes. Ajoutons l'*ingestion de boissons froides, le corps étant en sueur*, l'usage immodéré des *préparations mercurielles*, signalés par les docteurs Wells, Blackall, Christison, mais dont l'action n'a pas été reconnue par M. Rayer, qui a fait sur ce point des recherches nombreuses à l'hôpital des Vénériens, avec M. le docteur Desir, et nous aurons les principales causes occasionnelles de la maladie de Bright.

3° Conditions organiques.

En donnant la définition de la maladie, nous avons dit que ses principaux caractères étaient la présence de l'albumine dans les urines, l'hydropisie, et une lésion particulière des reins ; mais est-ce à la maladie des reins qu'il faut rapporter l'existence de l'hydropisie et la présence de l'albumine dans les urines, qui ne seraient alors que de simples symptômes ? Ou bien doit-on chercher une cause organique antérieure, à laquelle il faudrait rapporter et les symptômes et les lésions rénales ? C'est ce qui ne paraît pas douteux au docteur J. Darrwall (3).

(1) *De la néphrite albumineuse chez les femmes enceintes* ; Thèse, Paris, 1846.
(2) *Archiv. gén. de méd.*
(3) *Cyclopædia of pract. med.*, article DROPSY.

Suivant cet auteur, il faudrait diviser la maladie en trois espèces : la première, qui commence par une affection des organes respiratoires ou circulatoires, et est suivie de l'affection particulière des reins ; la deuxième, qui commence par cette affection des reins, et qui a pour conséquences les lésions de la respiration et de la circulation ; la troisième, enfin, dans laquelle les reins sont les seuls organes lésés.

D'autres auteurs, faisant des observations plus précises, ont recherché, et le nombre des cas dans lesquels diverses affections ont précédé l'apparition rénale, et les rapports de cette lésion avec ces maladies diverses. On a dit que les *tubercules pulmonaires* tantôt précédaient et tantôt suivaient l'apparition de la maladie de Bright ; mais par ce fait seul on a prouvé que l'influence réciproque de ces maladies n'était pas suffisamment connue. Rappelons-nous d'ailleurs que la maladie de Bright est plus commune chez les hommes que chez les femmes, et que les tubercules pulmonaires sont, au contraire, notablement plus fréquents chez ces dernières, et nous en conclurons qu'avant d'admettre cette influence réciproque des tubercules et de la maladie de Bright, il faut attendre des faits mieux étudiés et plus rigoureusement analysés que ceux que nous possédons.

Il en est de même des *maladies du cœur*, auxquelles MM. Rayer et Martin-Solon ont, après la plupart des auteurs anglais, attribué néanmoins une action marquée. Ce n'est qu'avec des chiffres considérables, en établissant d'une manière rigoureuse les proportions et après avoir suivi avec beaucoup d'attention la marche et le développement successif de ces maladies qui se compliquent entre elles, qu'on pourra arriver à un résultat précis ; or tous ces renseignements nous manquent.

M. le docteur Bevil Peacock (1) a recherché quel est le *rapport de coïncidence des diverses maladies* du cœur, du foie et des poumons, avec la maladie de Bright. Il résulte de ses recherches que la phthisie pulmonaire se rencontre beaucoup plus fréquemment que toute autre affection avec la maladie de Bright, et que l'apparition de cette dernière maladie agit d'une manière très fâcheuse dans la marche des tubercules. Relativement au premier de ces résultats, on ne peut s'empêcher de faire remarquer qu'il n'offre rien qui démontre d'une manière positive une liaison évidente entre la phthisie et la maladie de Bright, puisque dans toutes les circonstances la phthisie est plus fréquente que les autres affections étudiées par M. Peacock sous ce rapport.

Enfin on s'est demandé s'il n'y aurait pas une *maladie primitive du sang* dont les urines albumineuses, l'hydropisie et les lésions rénales ne seraient qu'une conséquence. Je ne crois pas que l'étude de la maladie soit assez avancée sous ce point de vue pour que l'on puisse se prononcer d'une manière positive.

Quelques recherches ont démontré que le sérum du sang des individus affectés de la maladie de Bright a perdu une notable quantité d'albumine ; mais tout dépend ici de l'époque à laquelle ce liquide a été examiné ; et comme, ainsi que nous allons le voir, il est extrêmement difficile de reconnaître l'époque précise où l'altération des reins commence, on conçoit facilement toutes les difficultés qu'il y a à s'assurer si l'altération du sang est primitive ou consécutive. Qu'il nous suffise donc d'avoir indiqué ces importants sujets de recherches, et passons à la description des symptômes.

(1) *London and Edinburgh monthly Journ.*, août 1845.

§ III. — Symptômes.

Il est nécessaire, ainsi que je l'ai dit plus haut, de tenir compte, dans la description des symptômes, de la forme aiguë et de la forme chronique. M. Rayer a surtout insisté sur cette distinction, que la plupart des autres auteurs ont néanmoins négligée; et cependant, sous le point de vue du diagnostic, elle offre un intérêt incontestable, puisque la maladie marche, dans certains cas, avec une extrême rapidité, et donne lieu à des symptômes fébriles qui pourraient être facilement méconnus et pris pour ceux d'une autre affection aiguë.

1° *Forme aiguë. Début.* Suivant M. Rayer, la maladie de Bright, à l'état aigu, débute ordinairement par un frisson suivi de chaleur à la peau, de soif, et de fréquence et dureté du pouls; mais si l'on consulte les observations, on voit que le frisson a été rarement noté, et que la soif, la chaleur et le pouls fébrile n'ont pas attiré l'attention d'une manière suffisante. M. Martin-Solon, qui a donné une description intéressante de la maladie de Bright, et qui a observé plusieurs faits présentant la forme aiguë, n'a nullement parlé du frisson; et quant aux autres symptômes qui viennent d'être mentionnés, il les a notés comme faibles et passagers; d'où il résulte que les symptômes fébriles, indiqués par M. Rayer comme caractérisant d'une manière particulière le début de la néphrite albumineuse aiguë, ne se montrent avec quelque intensité que dans des cas exceptionnels.

Symptômes. La *douleur* est encore un symptôme qui n'a pas été étudié d'une manière satisfaisante. Suivant M. Rayer, les malades éprouvent presque toujours un sentiment de constriction, une *douleur sourde*, ou au moins un malaise aux lombes, quelquefois plus marqué aux régions rénales. Si nous consultons les autres auteurs, nous trouvons une manière de voir fort différente au sujet de ce symptôme. Ainsi M. Gregory n'a noté la douleur rénale que dans la moitié des cas; M. Tissot (1) ne l'a constatée que chez le tiers des sujets, et M. Martin-Solon, en étudiant attentivement les faits, est arrivé au même résultat que M. Tissot. On peut dire, il est vrai, que ces derniers auteurs ont parlé à la fois de la forme aiguë et de la forme chronique, et que c'est là peut-être la cause de la divergence d'opinions que je signale. Il faut donc nécessairement avoir recours aux observations rapportées par M. Rayer lui-même. Or, si l'on consulte les seize cas de néphrite albumineuse aiguë qui se trouvent dans son ouvrage, on trouve que dix fois la douleur rénale a manqué complétement ou n'est pas mentionnée, et que six fois seulement il est question de cette douleur. Si l'on voulait même être très rigoureux, il faudrait n'admettre deux de ces derniers cas qu'avec un point de doute, car il n'est pas certain que la douleur, rapportée par les malades à un point peu précis des lombes, appartînt réellement à la glande rénale. Il suit de là que, jusqu'à ce qu'on ait apporté en preuve de nouveaux faits concluants, on ne doit regarder la douleur rénale que comme un symptôme appartenant à la minorité des cas, ce qui lui ôte nécessairement de son importance.

Cette douleur est peu considérable et sourde, même dans les cas les plus remarquables par leur acuité. Jamais les médecins qui l'ont étudiée ne l'ont vue consister en élancements, en irradiations gagnant les cuisses et les testicules, et souvent elle est si faible, qu'il faut fixer l'attention du malade sur elle pour qu'il l'apprécie.

(1) *De l'hydrop. causée par l'affection granuleuse des reins;* Thèse, Paris, 1833.

La *pression*, et mieux encore la *percussion*, servent à déterminer d'une manière plus précise le siége de la douleur qui se développe *spontanément*, et, dans quelques cas, à provoquer la manifestation de ce symptôme chez des sujets qui ne l'avaient jamais éprouvé. Ces derniers cas sont rares; mais, suivant les recherches de M. Martin Solon, la douleur *provoquée* ne manque jamais chez les sujets qui ressentaient déjà des douleurs spontanées.

L'*inspection* de la région rénale ne fait reconnaître rien de particulier. M. Piorry a proposé de pratiquer la *percussion* pour déterminer le degré de tuméfaction des reins; mais dût-on parvenir de cette manière à un résultat précis, ce qui est bien loin d'être prouvé, qui voudrait faire placer les malades sur les coudes et sur les genoux, et percuter longuement la région rénale, pour s'assurer que les reins ont acquis un volume plus grand qu'à l'état normal, lorsqu'on peut par beaucoup d'autres moyens excellents arriver à constater l'existence de la maladie et en suivre les progrès?

La *sécrétion urinaire* présente des altérations de la plus haute importance, puisque, comme nous l'avons vu, elles ont principalement servi à caractériser la maladie. L'*abondance* des urines est toujours, d'après les recherches de M. Rayer, moins considérable que celle des boissons, et elle est souvent réduite à une quantité qui varie entre 360 et 180 grammes par jour. Les autres auteurs se contentent de dire que la quantité de l'urine est ordinairement au-dessous de la quantité normale. L'*émission* de l'urine a lieu sans douleur, suivant M. Rayer, à moins qu'il n'y ait une complication du côté de la vessie. M. Christison dit, au contraire, que presque tous les malades éprouvent des *douleurs en urinant*. Cette dernière manière de voir est bien loin d'être exacte. Cependant il résulte d'un petit nombre de faits, et notamment de quelques uns qui ont été observés par MM. Gregory et Martin-Solon, que quelquefois il existe une *dysurie* marquée, alors que la maladie est dans un état évident de simplicité. Mais le nombre extrêmement limité de ces faits prouve que si la proposition de M. Rayer n'est pas d'une exactitude rigoureuse, elle s'applique du moins à la très grande majorité des cas. Il n'est pas non plus exact de dire avec M. Christison que le besoin de rendre les urines se fait fréquemment et impérieusement sentir chez presque tous les sujets; car si, dans quelques cas, le fait a été observé, c'est néanmoins le contraire qui a ordinairement lieu, et il n'est pas rare de constater le même nombre d'émissions qu'on observe dans l'état sain.

Dans la forme aiguë dont il est question ici, l'urine présente ordinairement une *couleur* remarquable. M. Martin-Solon l'a trouvée brunâtre, rouge, jaunâtre, feuille-morte, couleur de vin paillet. Cette couleur est due à la présence d'une quantité variable de matière colorante du sang, altération sur laquelle nous reviendrons tout à l'heure. Quelquefois la couleur est presque normale. Ces nuances de coloration varient dans le cours de la maladie. Ainsi, pendant deux ou trois jours, on trouve la teinte la plus foncée qui vient d'être indiquée, puis l'urine redevient citrine ou prend une autre nuance. C'est surtout dans les paroxysmes que présente la maladie de Bright à l'état aigu, qu'on observe ces colorations, et souvent alors on voit l'urine devenir claire ou présenter une teinte foncée, suivant qu'il y a une rémission ou une exacerbation. Dans quelques cas, suivant M. Martin-Solon,

l'urine offre la couleur du vin blanc, que nous lui trouverons plus particulièrement dans les cas de maladie de Bright à forme chronique.

En même temps que les urines présentent ces diverses colorations, elles ont un coup d'œil *louche* ou *trouble*, ce qui s'observe plus fréquemment dans la forme dont je donne la description que dans la forme chronique. Quand l'urine reprend sa couleur normale, alors même que la maladie ne fait pas de progrès vers la guérison, il n'est pas rare de lui voir recouvrer toute sa transparence.

L'*odeur* de ce liquide a quelque chose de particulier qu'il importe de signaler. M. Rayer a étudié avec soin ce caractère : « L'odeur de l'urine, dit-il (1), est faiblement urineuse. Au bout de vingt-quatre heures, l'urine a souvent une odeur particulière, analogue à celle du bouillon de bœuf. Suivant M. Martin-Solon, quand on conserve le liquide dans des vases ouverts, il n'acquiert pas aussi promptement, ni à un aussi haut degré qu'à l'état normal, l'odeur fétide et ammoniacale particulière à l'urine putréfiée. Cependant il y a des exceptions à cette règle, puisque, dans un cas cité par cet observateur, et dans un autre qui a été recueilli par le docteur Sabatier (2), l'urine est devenue promptement fétide. Du reste, il n'y a pas, comme on le voit, de différences notables entre les observations de M. Martin-Solon et celles de M. Rayer.

Un caractère de l'urine, sur lequel M. Tissot a insisté, c'est de *mousser* beaucoup plus que l'urine normale ; si on l'insuffle en faisant plonger dans son intérieur l'extrémité d'un tube, on forme un grand nombre de bulles larges et qui tardent à se rompre, comme cela a lieu dans un liquide chargé d'une certaine quantité de savon.

La *densité* de l'urine mérite d'attirer l'attention de l'observateur, et à ce sujet il s'est élevé quelques discussions. D'après M. Rayer, la pesanteur spécifique de l'urine est souvent à peu près la même que celle de l'urine dans l'état sain, quelquefois au-dessus et rarement au-dessous, d'une manière notable. M. Martin-Solon n'ayant pas tenu compte, dans son appréciation, de l'état aigu et de l'état chronique, on ne peut invoquer ses recherches sur ce point. Il en est de même de MM. Gregory et Bostock. Quant à M. Bright, il n'a parlé, comme nous l'avons vu, que de la forme chronique. Il n'en est pas de même de M. Christison. Cet auteur a parlé de l'affection au premier degré, et le premier degré admis par lui a les mêmes caractères que la néphrite albumineuse aiguë de M. Rayer. Or il n'est pas arrivé aux mêmes résultats, et voici les réflexions que j'ai présentées à ce sujet dans l'article des *Archives* déjà cité :

« Suivant M. Christison, il y aurait dans cette première période un léger abaissement de la pesanteur spécifique. D'après M. Rayer, au contraire, elle est souvent à peu près la même que dans l'état sain, quelquefois au-dessus et rarement au-dessous, d'une manière notable. Comment expliquer cette divergence d'opinions ? Faut-il se contenter de dire avec M. Rayer que tout ce qu'on a écrit jusqu'à lui sur la densité des urines ne doit s'appliquer qu'à la forme chronique de la maladie, et nullement à l'état aigu dont il est ici question ? Mais nous savons que M. Christison a admis, dans son premier degré, un certain nombre de symptômes inflamma-

(1) *Loc. cit.*, t. II, p. 106.

(2) *Consid. et obs. sur l'hydrop. symptom. d'une lésion spéciale des reins* (*Arch. gén. de méd.*, 2e série, t. V, p. 333).

toires : cet auteur a donc observé des cas où existait l'état aigu. Toutefois les expériences de M. Rayer ont été faites avec tant d'exactitude et un nombre de faits si considérable, que tout porte à croire que les cas observés par M. Christison étaient de simples exceptions. » Il n'a été rien dit depuis sur ce sujet qui doive nous faire changer de manière de voir.

M. Rayer a constaté l'*acidité constante* de l'urine dans cette forme aiguë de la maladie. Si d'autres auteurs, et notamment M. Martin-Solon, ont dit que souvent ce liquide est neutre, et quelquefois même alcalin, c'est qu'ils ont décrit à la fois la forme aiguë et la forme chronique.

L'*examen microscopique* donne des résultats fort importants, et sous ce rapport je ne saurais mieux faire que de citer le passage suivant de M. Rayer (1) :

« Si, dit-il, au moment de l'émission, on examine cette urine albumineuse et sanguinolente, on reconnaît qu'elle tient en suspension un grand nombre de globules sanguins, parfois des globules muqueux, et toujours de petites lamelles d'épithélium.

» Abandonnée à elle-même, cette urine donne un sédiment presque entièrement composé de ces globules et de ces lamelles, et quelquefois de filaments fibrineux. Il est rare d'y observer de petits cristaux d'acide urique, dont la présence dans l'urine est beaucoup plus fréquente dans le cours de la néphrite albumineuse chronique. » C'est par la plus ou moins grande abondance des globules sanguins que s'expliquent principalement les diverses nuances de coloration qui ont été indiquées plus haut ; je dis principalement, parce que, dans les paroxysmes, les urines peuvent prendre, ainsi que l'a constaté l'auteur que je cite, une teinte rouge prononcée, sans qu'elles contiennent une plus grande quantité de sang.

» Dans la néphrite albumineuse aiguë, ajoute M. Rayer, les éléments naturels de l'urine éprouvent en général, dans leur proportion, un changement moins remarquable que dans la néphrite albumineuse chronique. La proportion de l'urée et des sels est quelquefois peu ou point diminuée, et à cet égard l'urine diffère peu de l'urine à l'état sain. » M. Grégory (2) a constaté l'existence de l'urée en proportion normale, dans un cas appartenant évidemment à la forme aiguë. Les autres auteurs ayant encore négligé sur ce point la distinction que nous admettons ici de la forme aiguë et de la forme chronique, ne peuvent être consultés avec fruit.

Il n'est pas de caractère de l'urine qu'il soit plus important d'étudier que celui qui consiste dans la présence de l'*albumine* dans ce liquide. Les moyens employés dans le but de constater cette altération particulière du liquide urinaire sont assez nombreux ; mais il en est deux qui sont d'un usage général, qu'on a facilement sous la main, qui sont, sous le rapport de l'exactitude du résultat, préférables à tous les autres, et que je dois par conséquent indiquer en première ligne : ce sont l'acide nitrique et le calorique.

Exploration par l'acide nitrique. L'acide nitrique doit être versé presque goutte à goutte dans l'urine. Ce n'est pas qu'un excès d'acide redissolve réellement l'albumine, mais il *crispe* le coagulum, qui subit une diminution notable de volume, et par conséquent le précipité devient moins facile à constater. On conçoit que, dans les cas où l'albumine se trouve en très petite quantité dans le liquide, il en

(1) *Traité des maladies des reins*, t. II, p. 106.
(2) Obs. LXXIII.

résulte nécessairement une bien plus grande difficulté à reconnaître sa présence, et c'est même là ce qui a fait croire à quelques observateurs que l'excès d'acide redissolvait ce corps.

L'urine albumineuse, soumise à une suffisante quantité d'acide nitrique, présente un précipité d'un blanc laiteux, blanchâtre, ou gris jaunâtre, et floconneux. Un des caractères de ce précipité qu'il est important de ne pas oublier, c'est qu'il se dissout dans la potasse caustique, et que l'acide acétique ne peut pas le reformer dans cette solution.

Outre ces caractères, on en a cherché, à l'aide du microscope, d'autres qui viennent les confirmer. Voici à cet égard comment s'exprime M. Rayer : « Le précipité fait dans quelques urines par l'acide nitrique est quelquefois, comme je l'ai dit, composé d'albumine, d'urate d'ammoniaque et d'acide urique. Pour distinguer ces précipités complexes des précipités simples d'albumine, il suffit de les examiner au microscope. L'albumine coagulée a une apparence lamelleuse, chagrinée, particulière; la présence de l'acide urique ou de l'urate d'ammoniaque dans le précipité, est indiquée dans le premier cas par les cristaux d'acide urique, et dans le second par une poudre amorphe bientôt remplacée par de semblables cristaux, lorsque l'action de l'acide nitrique sur ce sel est complétement opérée. »

Exploration par le calorique. Avant de soumettre l'urine à l'action de *la chaleur*, pour s'assurer si elle contient de l'albumine, il faut constater si elle est acide, neutre ou alcaline. Dans le premier cas, on peut procéder immédiatement à l'expérience; dans les deux autres, il faut verser dans le liquide une petite quantité d'acide nitrique, de manière à l'aciduler. Si l'on agit sur l'urine alcaline, le précipité ne se forme pas : à peine le liquide se trouble-t-il lorsque l'albumine est très abondante. Si l'urine est neutre, il se forme ordinairement un précipité, mais pas toujours, ainsi que l'a constaté M. Rayer ; et, dans tous les cas, l'expérience réussit infiniment mieux lorsque l'urine est acide.

Cette précaution prise, il suffit d'exposer l'urine, dans un tube de verre ou dans une capsule à l'action d'une lampe ou d'un feu de charbon. On voit apparaître bientôt un nuage, des stries blanches, puis des grumeaux, des flocons, qui, d'abord suspendus, gagnent ensuite en grande partie le fond du vase. L'apparence de l'albumine coagulée dans l'urine est très variable suivant les cas. Ainsi, lorsque cette matière est très peu abondante, on ne voit qu'un nuage laiteux et de petits grumeaux qui se précipitent; lorsqu'elle est en quantité considérable, des flocons abondants se portent vers le fond du vase, où ils forment une masse plus ou moins grande; d'autres sont suspendus, il y a un nuage blanc dans l'urine; enfin il est des cas, mais bien plus rarement que dans la forme chronique, où l'albumine est en telle proportion, qu'on voit les flocons occuper toute la colonne du liquide et se prendre même en une masse solide.

Il ne faut pas faire bouillir trop longtemps l'urine albumineuse, parce qu'il se produirait l'effet qui se produit lorsqu'on y verse un excès d'acide nitrique, c'est-à-dire que l'albumine se crisperait, se racornirait, et le précipité diminuerait beaucoup de volume.

Exploration par l'acide nitrique et la chaleur réunis. On ne doit pas, autant que possible, se contenter d'un seul de ces deux moyens, et surtout de

l'acide nitrique. Il vaut mieux commencer par celui-ci, et soumettre ensuite l'urine à l'action de la chaleur. Nous avons vu que l'acide nitrique précipite dans les urines albumineuses ou non de l'acide urique et de l'urate d'ammoniaque ; or si, en pareil cas, il y a de l'albumine, la chaleur dissout les autres substances et la laisse intacte ; s'il n'y a pas d'albumine, comme dans certaines maladies (rhumatisme, péritonite, etc.), la chaleur rend à l'urine toute sa transparence.

D'un autre côté, la chaleur précipite certains sels, et surtout les phosphates dans les urines alcalines ; or l'acide nitrique empêche ce précipité ou le fait disparaître lorsqu'il est formé.

Exploration de l'urine albumineuse par d'autres réactifs. Les moyens que je viens d'indiquer sont généralement, et avec raison, regardés comme les meilleurs. Cependant quelques autres ont été proposés. Je vais les indiquer sans m'y appesantir.

On a eu recours au *sublimé corrosif.* Le docteur Bostock s'en est principalement servi, et M. Gregory (1) a fait un grand nombre d'expériences avec ce réactif ; mais cette substance a l'inconvénient de troubler toutes les urines. Quant à l'*alcool*, il coagule le mucus, l'acide urique, les phosphates terreux, aussi bien que l'albumine. Il en est de même du *tannin* et de l'*alun*. L'*hydrocyanate ferruré de potasse* est un réactif très sensible, mais il précipite le mucus comme les précédents. Enfin la *créosote*, employée par M. Martin-Solon, a l'inconvénient de n'agir que sur une quantité un peu notable d'albumine.

La présence de l'albumine seule ne suffit pas pour caractériser la maladie de Bright, puisqu'on la trouve dans d'autres affections, c'est ce qui a engagé les micrographes et ceux qui ont fait l'analyse des urines dans ces maladies, à rechercher d'autres caractères qui pussent servir au diagnostic. M. le docteur Schlossberger (2) a fait connaître le résultat de ces recherches que je vais exposer en peu de mots :

Les docteurs F. Vogel, Simon, etc., ont vu, à l'aide du microscope, dans l'urine des sujets affectés de maladie de Bright, de *petits corps tortueux* et *filiformes*, qu'ils ont regardés comme appartenant en propre à la maladie qui nous occupe. Mais MM. Lehmann et Scherer ont trouvé ces mêmes corpuscules dans d'autres affections des voies urinaires, et tout nous porte à croire avec Henle, qu'ils ne sont autre chose que des exsudations inflammatoires qui ont lieu dans les petits tubes de la substance corticale.

M. Scherer a signalé un autre caractère plus important dans la *diminution du résidu solide* de l'urine, abstraction faite de l'albumine. Il a, en effet, trouvé que ce résidu est à celui de l'état sain comme 1 est à 2, 3, 4 et même 5.

Suivant M. Renges, c'est principalement sur la quantité de l'*urée* que porte la diminution. Ainsi, tandis que, dans l'état sain, l'urée forme la moitié du résidu, dans la maladie de Bright, elle n'en forme plus que le onzième, lorsqu'on a enlevé l'albumine. Malheureusement ce sont là des analyses délicates qui ne sont pas à la portée de tous les praticiens.

Hydropisie. L'*anasarque*, qui survient ordinairement d'une manière très rapide dans les cas dont il s'agit ici, c'est-à-dire dans la forme aiguë de la maladie

(1) Voy. *Arch. gén. de méd.*, t. XXX, p. 264 et suiv.
(2) *Œsterlen's Jahrbücher für pr. Heilkunde*, février 1845.

de Bright, a dû nécessairement frapper tous les auteurs, aussi a-t-elle été décrite avec soin. L'infiltration du tissu cellulaire est à la fois bien plus constante et bien plus hâtive que l'épanchement dans le péritoine. Cependant elle peut manquer elle-même dans quelques cas. Suivant M. Gregory, l'hydropisie manquerait chez un peu plus du quart des malades ; mais, d'une part, cet auteur a parlé à la fois de la maladie dans sa forme aiguë et dans sa forme chronique, et de l'autre il a évidemment, dans quelques cas, rangé dans ses observations des sujets affectés simplement de néphrite aiguë ou chronique. L'absence de l'infiltration doit être considérée comme une exception fort rare dans la forme aiguë de la maladie de Bright.

C'est par les membres inférieurs que commence ordinairement cette infiltration. Cependant on la voit quelquefois commencer par la face ; mais ce serait une erreur de croire qu'il en est fréquemment ainsi ; ce dernier début de l'anasarque a frappé quelques observateurs qui l'ont cru plus fréquent qu'il ne l'est en réalité, et c'est ce qui motive cette réflexion.

Que l'œdème commence par les pieds, ou beaucoup plus rarement, comme nous l'avons vu, par la face, il tend à s'étendre et gagne les membres supérieurs ; dans un certain nombre de cas, la face et le tronc sont envahis, il y a une véritable *anasarque*, et l'infiltration peut être si considérable, que le tronc et les membres prennent un volume énorme.

On observe aussi, dans un certain nombre de cas, un *épanchement dans le péritoine ;* mais cette *ascite* n'est ni fréquente ni ordinairement considérable dans la maladie de Bright à l'état aigu. Dans la plupart des observations rapportées par M. Rayer, il est parfaitement constaté que le ventre ne contenait pas de liquide.

Chez quelques sujets l'œdème, après avoir envahi un membre, le quitte pour se porter sur un autre, ou même il passe de l'un à l'autre côté du corps entier. M. Martin-Solon n'a jamais trouvé d'exemple de cette marche de l'œdème, mais les autres observateurs ont vu les choses se passer de cette manière, et dans des cas où le diagnostic n'était pas douteux.

Comme dans tous les cas où l'œdème se produit promptement, la peau est rénitente, elle ne se présente pas avec cet aspect luisant qu'elle a dans l'œdème chronique, les tissus ne se laissent déprimer que sous une assez forte pression, et les traces de cette pression disparaissent promptement. On n'oublie pas sans doute qu'il ne s'agit ici que de la forme aiguë de la maladie de Bright.

A ces symptômes, qui sont les plus importants, il s'en joint d'autres qui servent à caractériser cette forme aiguë. On a noté la perte de l'*appétit*, parfois du dégoût pour les aliments, et même des nausées. « Le *pouls*, dit M. Rayer, est toujours plus ou moins fébrile ; les premiers jours, il y a ordinairement de la chaleur et de la sécheresse à la peau »

État du sang. La plupart des auteurs anglais, et M. Rayer après eux, ont noté l'*état couenneux du sang* extrait de la veine, et un retrait considérable du caillot. On trouve le sérum moins souvent lactescent que dans la forme chronique ; mais ce qu'il y a surtout d'important à noter, c'est ce qui survient dans cette partie du liquide sanguin au bout de peu de jours de durée de la maladie. La chaleur et l'acide nitrique y font naître un coagulum moins abondant et moins ferme que dans le sérum sain, ce qui s'explique naturellement par le passage, dans les urines,

de l'albumine, cette partie constituante du sérum. Par la même raison, la *densité* du sérum est diminuée, et ces altérations sont en rapport avec la plus ou moins grande abondance de l'albumine dans l'urine.

C'est par cette diminution de l'albumine du sérum que M. Andral (1) explique la production de l'hydropisie. Le sérum devenant plus fluide, s'échappe facilement hors des voies de la circulation, et est exhalé dans le tissu cellulaire et à la surface des membranes séreuses.

M. Christison a rapporté un cas dans lequel, au neuvième jour de la maladie, le sang était chargé d'*urée*. MM. Rayer et Guibourt ne sont pas arrivés au même résultat dans leurs expériences sur deux cas soumis à leur observation; MM. Becquerel, Lecanu et Quevenne (2) n'ont pas été plus heureux, ce qui porte à croire que M. Christison a expérimenté sur un cas exceptionnel.

Tels sont les symptômes de la maladie de Bright à l'état aigu; on voit qu'ils n'ont pas été étudiés avec toute la rigueur désirable, mais que, tels qu'ils sont, ils suffisent pour motiver la division que j'ai adoptée.

Lorsque la maladie doit se terminer par la guérison, on voit l'urine devenir plus abondante; la quantité rendue est supérieure à celle des boissons. En examinant tous les jours le liquide, on reconnaît que le coagulum qu'y font naître la chaleur et l'acide nitrique devient de moins en moins volumineux. La proportion des sels et de l'urée augmente au contraire. Le mouvement fébrile tombe; l'œdème se dissipe en commençant par les points envahis les derniers; les épanchements séreux, dans les cas peu fréquents où il s'en était formé, ne tardent pas à être résorbés, et les malades entrent en pleine convalescence. C'est surtout dans la maladie de Bright, *survenue après la scarlatine*, que les choses se passent de cette manière.

Quand la mort doit être la terminaison de la maladie, on voit ordinairement survenir des complications du côté du thorax (pneumonie, pleurésie, péricardite), dont les symptômes viennent se joindre à ceux que j'ai décrits.

Enfin il n'est pas rare de voir la forme chronique succéder à la forme aiguë. On peut croire alors que la maladie tend à la guérison, parce que l'excitation tombe, que les urines deviennent un peu plus abondantes, que les symptômes gastriques diminuent ou disparaissent, que l'hydropisie elle-même se dissipe; mais en examinant les urines, on voit qu'elles restent albumineuses, et au bout d'un temps plus ou moins long, le retour de l'hydropisie annonce la persistance de la maladie, qui continue alors sous forme chronique.

2° *Forme chronique*. Les détails dans lesquels je suis entré à propos de la forme aiguë me dispenseront de longs développements sur la forme chronique, car il ne s'agit entre elles que de différences qui sont constatées par les mêmes procédés.

Début. Il n'y a de remarquable à signaler dans le début que son obscurité, sur laquelle je reviendrai plus loin. L'hydropisie ne survenant souvent qu'à une époque assez avancée, et toute la maladie consistant d'abord dans une simple altération du liquide urinaire, les malades n'ont aucune conscience de leur état, et il faut reconnaître que si, dans ces derniers temps, on a pu observer un bon nombre de cas avant l'apparition de l'œdème, c'est qu'on a examiné indifféremment les

(1) *Essai d'hématologie pathologique*; Paris, 1843.
(2) BECQUEREL, *Séméiol. des urines*, p. 513.

urines de tous les malades d'une ou de plusieurs salles d'hôpital, ce qui a mis sur la voie. Des sujets peuvent avoir des urines albumineuses pendant fort longtemps, sans être obligés d'abandonner leurs occupations. MM. Gregory et Christison en ont cité des exemples frappants.

Symptômes. La *douleur* ne nous présente rien de nouveau à considérer, si ce n'est qu'elle se montre moins fréquemment que dans la forme aiguë. Le palper, la percussion ne lui donnent jamais une intensité considérable.

M. Rayer a remarqué que, dans une assez grande proportion des cas, le nombre des émissions de l'*urine* en vingt-quatre heures était plus considérable que dans l'état sain. Ordinairement, toutefois, la sécrétion urinaire a perdu de son abondance, surtout lorsque l'hydropisie s'est déclarée.

Dans cette forme, l'urine est *pâle*, elle est ordinairement *louche* et même *trouble*. Les auteurs ont cité des cas où elle présentait un certain nombre de flocons blanchâtres et ressemblait à du petit-lait. Cependant on la voit aussi conserver sa transparence, et alors elle ne présente autre chose de remarquable que sa décoloration.

L'*odeur* de l'urine n'a pas ce caractère qui la faisait ressembler à celle du bouillon de bœuf dans la maladie de Bright à forme aiguë; mais elle n'est pas urineuse, elle est simplement fade.

La *densité* de ce liquide est presque toujours diminuée, et souvent on la voit descendre à 1005 et même 1004. Il y a du reste des variations souvent notables de cette densité d'un jour à l'autre : c'est ainsi que M. Martin-Solon l'a vue du jour au lendemain, et sans cause appréciable, passer de 1007 à 1018.

L'urine est *mousseuse*, et donne par l'insufflation des bulles larges et persistantes, phénomène qui, dans la plupart des cas, est encore plus marqué que dans la forme aiguë de la maladie.

En traitant le liquide par l'acide nitrique et par la chaleur, on obtient un *précipité albumineux* qui, dans la majorité des cas, est plus notable que celui que nous avons signalé dans la forme aiguë. Ces deux moyens par excellence doivent être employés de la manière que j'ai longuement indiquée.

Les *sels* sont presque toujours en très faible proportion dans l'urine. Aussi l'acide oxalique n'y produit-il pas de précipité ou n'en produit-il qu'un très léger, et nous verrons plus loin comment M. Martin-Solon a proposé de tirer parti de ce fait pour suivre la marche décroissante de la maladie.

L'*urée* se trouve également en moindre quantité dans le liquide urinaire. D'après les recherches de M. Christison, la proportion de ce principe est très variable; cependant, lorsque la maladie est à son summum, et que la quantité de l'albumine dans l'urine est extrêmement considérable, l'urée disparaît presque entièrement de ce liquide.

M. Rayer (1) a constaté que « le défaut de transparence de l'urine tient quelquefois à la présence d'une matière grasse en suspension, qu'on peut enlever à l'aide de l'éther sulfurique, qui rend l'urine transparente. »

Hydropisie. Ce n'est qu'à une époque ordinairement assez éloignée du début de la maladie, que l'*infiltration séreuse* commence, en sorte que, jusqu'alors, la ma-

(1) *Loc. cit.*, t. II, p. 114.

ladie est bornée aux symptômes siégeant dans les voies urinaires qui viennent d'être décrits. A cette époque, l'*œdème* se manifeste et se montre d'abord, dans le plus grand nombre des cas, autour des malléoles. Il est marqué principalement le soir, et lorsque les malades se sont tenus longtemps debout. Il gagne ensuite les jambes, et déjà on peut remarquer autour des yeux un peu de bouffissure, notable surtout le matin, au réveil. Enfin l'œdème envahit les cuisses, les membres supérieurs, l'abdomen, la face et le thorax, et parfois cette *anasarque* devient très considérable.

L'œdème de la maladie de Bright à forme chronique est plus fixe que celui de la forme aiguë, c'est-à-dire qu'il ne disparaît pas plus ou moins complétement d'un point du corps pour se porter à un autre, mais qu'il augmente au contraire dans les endroits envahis les premiers, à mesure qu'il gagne d'autres parties.

L'infiltration ne se forme pas avec la même rapidité que dans la forme aiguë ; aussi le plus souvent l'œdème a-t-il les mêmes caractères, ou à peu près, que celui qui résulte d'un obstacle à la circulation dû à une affection chronique. Cependant il diminue moins facilement par le repos ; et comme d'un autre côté il est des cas où l'on voit l'anasarque augmenter très rapidement en vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures, il en résulte que, chez quelques sujets, il y a une tension considérable, une rénitence marquée des tissus, dans une plus ou moins grande étendue des parties occupées par l'œdème.

Les *épanchements dans les cavités séreuses* sont bien moins fréquents et moins considérables que l'infiltration du tissu cellulaire. Dans le péritoine, les plèvres et même le péricarde, on a pu reconnaître pendant la vie de légères accumulations de liquide, qui ne se montrent en général qu'à une époque avancée de la maladie, et qui ne sont pas comparables à celles qu'on observe dans le cours des maladies organiques du cœur et du foie. Lorsque celles-ci existent en même temps que la maladie de Bright, les épanchements sont souvent très abondants, mais il est évident alors que ce n'est pas à cette dernière affection qu'il faut en rapporter principalement l'existence. Il est inutile de dire quels sont les moyens propres à faire reconnaître ces collections de liquide séreux. J'ai suffisamment insisté sur ce point en parlant de l'*hydrothorax*, de l'*hydropéricarde* et de l'*ascite*.

« On a quelquefois, dit M. Rayer, trouvé après la mort des épanchements plus ou moins considérables dans les ventricules cérébraux et dans le canal rachidien.

» L'analyse chimique a démontré que la sérosité de ces épanchements, indépendamment de l'albumine et des sels qui la composent ordinairement, *contenait une certaine quantité d'urée ;* au moins cela est-il prouvé pour la sérosité des épanchements cérébraux et pour celle qui s'accumule dans la cavité du péritoine. » Je cite ce fait ici, parce qu'il nous explique un phénomène que nous avons signalé dans l'étude de l'urine, c'est la disparition ou du moins la diminution considérable de l'urée. Il est vrai que, comme nous allons le voir, on a trouvé un peu plus souvent de l'urée dans le sang chez les sujets affectés de maladie de Bright à forme chronique que chez ceux qui présentaient cette maladie sous la forme aiguë ; mais, d'une part, on est loin d'avoir toujours réussi, et de l'autre, la quantité de l'urée trouvée dans le sang n'est jamais en proportion avec celle qui devrait exister dans l'urine. La facilité avec laquelle cette substance passe dans le tissu cellulaire ou les

[illegible] séreuses avec la sérosité, explique donc comment il est si difficile de la retrouver dans le sang.

Le sang, par suite de la perte continuelle de l'albumine par les urines, présente des altérations plus remarquables encore que dans la maladie de Bright à forme aiguë. Le sérum est [illegible] plus abondant, il est notablement moins dense; il a [illegible] une quantité notable de son albumine, fait constaté par MM. Bostock, [illegible] et les auteurs qui sont venus après eux; la proportion des sels [illegible] d'une manière très notable.

[illegible] la densité moyenne du sérum, qui, dans l'état sain, est [illegible] à 1013, 1019, 1020, 1022.

[illegible] la densité du sérum paraît être en raison directe du passage [illegible].

[illegible] moins albumineux par l'acide nitrique, l'albumine, [illegible] une masse homogène compacte, d'un beau blanc mat, [illegible] magma grisâtre, diffluent, gélatiniforme. Par la dessiccation [illegible] beaucoup plus de son volume que le coagulum du sérum [illegible].

[illegible] au microscope le sang provenant d'individus hydropiques, [illegible] de néphrite albumineuse chronique, les globules rouges [illegible] moins nombreux que dans le sang sain, et l'on y remarque en [illegible] nombre de globules blancs plus volumineux que les autres.

[illegible] que dans la néphrite albumineuse aiguë, le sérum du sang [illegible] laiteux, ou plus ou moins analogue à celui du petit-lait.

[illegible] que dans la néphrite albumineuse aiguë, on peut obtenir [illegible] quantité d'urée. La proportion est variable et toujours très [illegible] paraît que la proportion de l'urée dans le sang est [illegible] que la quantité d'urée dans l'urine est plus faible et son [illegible].

[illegible] de la fibrine dans le sang, les recherches faites sur ce [illegible] assez nombreuses ni assez variées pour qu'on en puisse [illegible]. Dans la néphrite albumineuse chronique, *le sang est souvent* [illegible] moins fréquemment que dans l'aiguë. Le volume du caillot est [illegible] considérable. Je l'ai vu retroussé sur les bords comme dans le [illegible].

[illegible] du sang peut aussi dépendre des inflammations secondaires [illegible] du bas-ventre ou de la poitrine, qui surviennent fréquemment [illegible] avancées de la maladie. »

[illegible] sans doute pas mauvais gré d'avoir présenté ces détails, bien [illegible] ne paraissent pas avoir un grand intérêt pratique. Ces faits [illegible] de la maladie, si l'on peut ainsi parler; si on ne les connaissait [illegible] ne pourrait pas suivre avec exactitude la marche du mal, on ne [illegible] l'intensité, et dans certains cas même, comme dans [illegible] ne s'est pas encore montrée ou a disparu depuis un certain [illegible] ne voir qu'une indisposition légère là où un médecin, au [illegible], reconnaîtrait une maladie grave et très probablement

Ce sont là les graves motifs qui ont engagé MM. Bostock, Christison, Gregory, Rayer, Martin-Solon, etc., à s'éclairer de toutes les lumières de la chimie et de la physique pour étudier ces phénomènes si intéressants qui se passent dans l'organisme. M. Christison surtout a fourni à la science des documents extrêmement précieux sur ce point de pathologie.

En même temps qu'on observe les symptômes qui viennent d'être décrits, on en trouve, du côté des *voies digestives*, surtout lorsque la maladie dure depuis assez longtemps, quelques uns qui méritent d'être notés. Les *vomissements* et le *dévoiement* sont rares, puisque M. Martin-Solon n'a noté l'un et l'autre de ces symptômes que chez un seul des sujets qu'il a observés. MM. Gregory, Christison, Rayer et Becquerel en ont constaté plus fréquemment l'existence. Toujours est-il que les vomissements, en particulier, se montrent moins souvent encore que dans la maladie de Bright à l'état aigu. Les recherches de M. Becquerel nous apprennent que dans quelques cas l'existence de certaines complications, et surtout de complications d'où résultent des lésions organiques de l'intestin, expliquent l'apparition et la persistance de la diarrhée; que dans d'autres, on peut attribuer ce symptôme à l'abus des purgatifs, ce qui néanmoins me paraît loin d'être démontré; mais que, dans un assez bon nombre, on ne trouve pas une semblable explication, et que le dévoiement, alors même qu'il est continu, ne peut être rapporté qu'à la maladie de Bright elle-même.

Il résulte également, des observations de ce dernier auteur, que les altérations de l'*appétit* et l'augmentation de la *soif* ne peuvent guère être rapportées qu'à des complications, dans les cas où la maladie suit une marche chronique. Disons, au reste, que l'état des fonctions digestives demande à être étudié avec plus de soin qu'il ne l'a été, et qu'on ne doit pas oublier, en faisant des recherches sur ce point, de tenir compte de l'état aigu ou chronique du mal.

Dans cette forme chronique, on n'observe *pas de mouvement fébrile*, à moins qu'il ne survienne une complication; cependant on a vu quelquefois le *pouls* s'accélérer vers la fin de la maladie, mais sans qu'il y eût de chaleur à la peau ni les autres symptômes de la fièvre. Ordinairement le pouls a sa fréquence normale, quelquefois il est au-dessous du type naturel. Un fait noté par M. Martin-Solon, et qui était remarquable dans un des cas qu'il a rapportés, c'est la dureté des pulsations, sans que pour cela leur fréquence fût augmentée. Il a attribué ce phénomène à une espèce de *pléthore séreuse*, et l'on sait que M. Beau, dans d'autres maladies où la sérosité du sang est dans une proportion insolite, a constaté ce même fait.

Il est bien remarquable qu'à une époque où les recherches sur les bruits anormaux des artères se poursuivent avec tant d'activité, on n'ait pas cherché à constater leur existence dans la maladie dont il s'agit ici, et dans laquelle, ainsi que nous l'avons vu, le sang est devenu plus séreux. C'est une lacune qu'il faut signaler.

M. Rayer a encore noté la *diminution* ou la *cessation* presque complète *de la transpiration cutanée* et une *dyspnée habituelle* dont on trouve plusieurs causes en étudiant attentivement l'état des organes. Ce sont les épanchements séreux, l'œdème du poumon, le développement d'une bronchite, ou l'existence concomitante d'une maladie organique du cœur.

Du côté du *système nerveux*, les symptômes sont ordinairement nuls; il est rare d'en observer d'intenses. Un peu de céphalalgie et de somnolence vers les

derniers temps de la maladie, voilà les principaux. M. Christison a observé le coma dans des cas qui se sont terminés par la mort.

M. Landouzy ... à dans ces derniers temps signalé un nouveau symptôme de la maladie de Bright ... à côté des cas où ce symptôme s'est montré ... des faits ... qui ... général de thérapeutique (2 ... Gruveilhier, Michel Lévy (3), Honoré, ... la maladie ... symptôme ordinaire de cette affection. ... par MM. Forget et Landouzy sont ... coup moins affirmatif que M. Landouzy ... mois, un cas dans lequel il

... sous la forme aiguë, peut être ... cours du deuxième, troi- ... tant que les altérations de ... devaient subir des ... c'est là une espèce

... est plus importante à étu- ... premiers temps, on n'est presque ... eux-mêmes ignorent leur état de maladie, ou, ... ne regardent pas comme suffisant pour fixer ... symptômes sont d'abord limités aux voies uri- ... particulier pour reconnaître les altérations de l'urine. ... premier indice alarmant, et plusieurs même ... leur état que lorsque cette infiltration a déjà fait

... c'est-à-dire ... les épanchements séreux, peu- ... point que le malade se croit guéri; ... voir les mêmes accidents se re- ... plusieurs fois. Il faut connaître ... laisser imposer par des guérisons ... les symptômes sont ordinairement ... connaître la présence de l'albumine, ... les symptômes du côté des voies ... hydropisies, ou du moins existe- ... nuances par lesquelles l'urine diffère de ... comme on le voit, qu'apparentes; car, pour ... causer. Nous dirons plus loin un

... varie, d'après les faits ... deux mois. Celle de la forme

chronique aurait pour limites, suivant le même auteur, deux mois et demi et cinq ans; mais M. Becquerel n'a pas recherché séparément la durée dans les cas simples et dans les cas compliqués; or on comprend tout d'abord qu'il est impossible d'admettre sans un point de doute cette durée de deux mois et demi; car s'il y a eu complication de tubercules ou de maladie du cœur, il faudrait d'abord démontrer que ce n'est pas à ces dernières maladies qu'on doit attribuer la mort. Et d'ailleurs la durée de la maladie, dans les cas de guérison, ne devrait-elle pas être distinguée de celle qu'on observe dans les cas de mort? M. Rayer se contente de dire que la durée de la néphrite albumineuse chronique peut varier de plusieurs mois à plusieurs années. N'oublions pas enfin que pour bien établir la durée d'une maladie, il faut pouvoir fixer le début d'une manière précise, ce qu'il est très souvent impossible de faire dans la maladie de Bright à forme chronique.

La *terminaison* de la *forme aiguë* est ordinairement heureuse: « Les malades qui succombent dans ce cas ne sont emportés, dit M. Martin-Solon, que par une maladie étrangère. » M. Rayer s'exprime ainsi à ce sujet: « Dans un certain nombre de cas, la néphrite albumineuse aiguë, et l'hydropisie générale qui en est un des principaux phénomènes, se terminent par la mort. Le plus ordinairement cette terminaison fatale est annoncée par le développement rapide de symptômes cérébraux, ou par une dyspnée symptomatique d'une pleurésie, d'une pleuro-pneumonie suraiguë ou d'une péricardite. » Il résulte de cette proposition, que les complications jouent un très grand rôle dans la terminaison funeste; mais on ne sait s'il faut les regarder, avec M. Martin-Solon, comme la cause unique de cette terminaison, car les symptômes cérébraux pourraient bien appartenir à une maladie de Bright simple. Parfois l'état aigu est suivi de l'état chronique, mais les faits de ce genre sont rares. M. Rayer n'en cite qu'un exemple (obs. XVII), du moins si l'on n'a égard qu'à la maladie de Bright sans complication. Nous avons déjà vu ce qui se passe en pareil cas.

La terminaison n'est pas toujours fatale dans la *forme chronique*, mais les cas de guérison sont bien rares. Dans les observations de néphrite albumineuse chronique non compliquée, rapportées par M. Rayer, on ne trouve que trois guérisons sur huit cas; or les cas de ce genre sont de beaucoup les plus favorables, et si l'on examine les autres, on voit que la mort y est presque constante.

Il est arrivé maintes fois qu'après avoir observé une guérison complète, l'altération de l'urine et l'hydropisie ayant disparu, on a vu se reproduire la maladie avec une intensité nouvelle; ce sont là de véritables *récidives*. Les sujets atteints une fois de cette affection, à moins que ce ne soit après la scarlatine, paraissent prédisposés à la contracter encore: aussi les voit-on *retomber*, pour me servir d'une expression usitée, dès qu'ils se soumettent de nouveau à l'action des causes qui ont déterminé la première atteinte de leur mal.

§ V. — **Lésions anatomiques.**

Les lésions anatomiques ont été étudiées avec un soin tout particulier, et c'est d'après elles que les auteurs ont établi leurs diverses formes ou degrés de la maladie. M. Bright a parfaitement décrit les lésions caractéristiques de l'affection parvenue à une époque assez avancée; mais, ainsi que l'a fait remarquer M. Rayer, il n'a pas connu les deux premiers degrés de l'affection. C'est ce dernier auteur

qui est le plus complet. Je ne saurais donc mieux faire que de donner ici sa description, en la faisant précéder d'une courte analyse de celle des autres auteurs; et comme j'avais déjà exposé de cette manière les détails anatomiques dans le travail que j'ai eu occasion de citer plusieurs fois (1), il me suffira de reproduire ici le passage où se trouvent ces détails.

« Les auteurs ont beaucoup varié dans leurs divisions des diverses formes de cette maladie. Le docteur Bright (2) la divise en trois *formes*.

» Dans la *première*, le rein perd sa fermeté, prend à l'extérieur une couleur jaunâtre qui pénètre avec une légère teinte grise dans la substance corticale. La substance tubuleuse a une couleur plus vive qu'à l'état normal; le volume du rein n'a point changé, et l'on n'y découvre aucun dépôt morbide.

» Dans la *deuxième forme* admise par M. Bright, la substance corticale est transformée en un tissu granulé, et il paraît s'être formé dans les intestins un dépôt abondant d'une substance blanche opaque; le rein a augmenté de volume, les granulations sont rendues plus apparentes par la macération.

» Enfin, dans la *troisième forme*, le rein est tout à fait rude et raboteux au toucher; on voit souvent s'y dessiner de nombreuses élévations jaunes, rouges, pourpres, et n'excédant guère la grosseur d'une petite tête d'épingle. La forme du rein a souvent de la tendance à devenir lobulée; cet organe est dur au toucher, il a une consistance demi-cartilagineuse; les *tubuli* sont tirés vers la surface du rein. Bref, toutes les parties de l'organe semblent avoir subi une transformation, et le dépôt interstitiel paraît moins abondant que dans la dernière variété.

» Le docteur Christison n'admet que *trois degrés* dans l'affection.

» Le premier, ou *degré commençant*, est caractérisé, dit cet auteur, par les mêmes caractères anatomiques que ceux du degré qui va suivre, mais moins profonds. On y trouve particulièrement le dépôt dans la substance corticale d'une matière jaune grisâtre, obscurément granuleuse, avec ou peut-être sans un certain degré de congestion sanguine.

» Le *degré moyen* est caractérisé par la déposition d'une matière granuleuse et semblable à du fromage. Ce caractère anatomique, le seul important et bien établi de l'altération morbide, paraît d'abord être exclusivement borné à la substance corticale du rein; il y a toutefois, dit M. Christison, des exceptions, mais elles sont en petit nombre.

» Enfin, dans le troisième degré, ou *degré avancé*, le dépôt morbide envahit graduellement la portion tubuleuse des reins.

» On voit donc que, pour M. Christison, il n'y a qu'un seul et même caractère pour tous les degrés de la maladie; la plus ou moins grande profondeur de l'altération fait toute la différence.

» M. Martin-Solon a admis *cinq degrés ou variétés;* mais ces différents degrés ne sont autre chose que les diverses formes admises par M. Rayer, dont deux seulement, la quatrième et la cinquième, sont réunies; nous allons immédiatement donner la division présentée par ce dernier auteur.

» M. Rayer distingue d'abord la néphrite albumineuse en aiguë et en chronique: deux formes principales qui correspondent plus particulièrement, ainsi que nous

(1) *Arch. gén. de médecine*, 3e série, 1842, t. XV, p. 59, 299.
(2) *Cases and observations*, etc.

l'avons dit, à certaines lésions qui vont être indiquées; puis il donne la description suivante :

» *Première forme.* — Le volume des reins est augmenté, leur consistance est assez ferme, sans dureté; leur surface, d'un rouge morbide, paraît piquetée d'un grand nombre de petits points rouges plus foncés que la teinte habituelle de ces organes; la substance corticale est gonflée, et présente un grand nombre de petits points rouges semblables à ceux qu'on observe extérieurement, et qui correspondent la plupart aux glandules de Malpighi fortement injectées de sang; la substance tubuleuse est comprimée par la substance corticale; elle est d'un rouge plus mat, et les stries sont moins apparentes que dans l'état sain. La membrane muqueuse des calices et des bassinets est injectée, et offre des arborisations vasculaires.

» *Deuxième forme.* — Gonflement et poids des reins augmentés, consistance un peu moins ferme, lobules souvent plus prononcés qu'à l'état normal. Mais ce qui caractérise spécialement cette forme, c'est un mélange d'anémie et d'hypérémie fort remarquable, un aspect marbré de la surface des reins produit par des taches rouges disséminées sur un fond d'un blanc jaunâtre. La surface corticale est gonflée; sa couleur pâle jaunâtre, tachetée de rouge, se détache fortement de la substance tubuleuse, dont la teinte est d'un rouge brun assez vif.

» Ces deux formes appartiennent plus particulièrement à la néphrite albumineuse aiguë.

» *Troisième forme.* — Volume et poids des reins *ut suprà;* taches rouges et marbrées disparues. La substance corticale, à la surface des reins et à la coupe, offre une teinte pâle assez uniforme, d'un blanc rosé, légèrement jaunâtre, ou bien une teinte plus pâle encore, et analogue à celle de la chair d'anguille. Sur quelques points, on remarque des vaisseaux injectés de sang, plus rarement de petites taches ardoisées ou brunes, des granulations blanches ou des dépressions. Souvent endurcissement rouge des mamelons, et léger épaississement de la muqueuse des bassinets et des calices.

» *Quatrième forme.* — C'est celle qui avait commencé à frapper les auteurs avant les recherches de M. Rayer; c'est d'après elle aussi qu'on a donné à l'affection le nom de *maladie granuleuse des reins.* Ici encore le volume et le poids des organes affectés sont augmentés; la surface externe du rein, ordinairement d'un jaune pâle, est parsemée de petits taches d'un blanc laiteux, légèrement jaunâtre, en général plus nombreuses et plus apparentes aux extrémités des reins, et voilées par une lame extrêmement mince, à travers laquelle elles apparaissent comme sous un vernis. Surface des reins parfaitement lisse; granulations dans la substance corticale, qui est gonflée et s'étend entre les cônes; ces petits points, d'un blanc laiteux, se prolongent sous forme de linéaments irréguliers, et comme floconneux, qui semblent se continuer avec les stries divergentes de cônes tubuleux.

» *Cinquième forme.* — Reins toujours plus volumineux et plus pesants. Il semble qu'un grand nombre de petits grains de semoule sont déposés au-dessous de leur membrane celluleuse propre. C'est cette forme que M. Martin-Solon a réunie à la précédente pour n'en faire qu'une seule.

» *Sixième forme.* — Reins quelquefois plus volumineux et souvent plus petits que dans l'état sain; durs et présentant des inégalités à leur surface, qui offre peu

qui est le plus complet. Je ne saurais donc mieux faire que de donner ici sa description, en la faisant précéder d'une courte analyse de celle des autres auteurs ; et comme j'avais déjà exposé de cette manière les détails anatomiques dans le travail que j'ai eu occasion de citer plusieurs fois (1), il me suffira de reproduire ici le passage où se trouvent ces détails.

« Les auteurs ont beaucoup varié dans leurs divisions des diverses formes de cette maladie. Le docteur Bright (2) la divise en trois *formes*.

» Dans la *première*, le rein perd sa fermeté, prend à l'extérieur une couleur jaunâtre qui pénètre avec une légère teinte grise dans la substance corticale. La substance tubuleuse a une couleur plus vive qu'à l'état normal ; le volume du rein n'a point changé, et l'on n'y découvre aucun dépôt morbide.

» Dans la *deuxième forme* admise par M. Bright, la substance corticale est transformée en un tissu granulé, et il paraît s'être formé dans les intestins un dépôt abondant d'une substance blanche opaque ; le rein a augmenté de volume, les granulations sont rendues plus apparentes par la macération.

» Enfin, dans la *troisième forme*, le rein est tout à fait rude et raboteux au toucher ; on voit souvent s'y dessiner de nombreuses élévations jaunes, rouges, pourpres, et n'excédant guère la grosseur d'une petite tête d'épingle. La forme du rein a souvent de la tendance à devenir lobulée ; cet organe est dur au toucher, il a une consistance demi-cartilagineuse ; les *tubuli* sont tirés vers la surface du rein. Bref, toutes les parties de l'organe semblent avoir subi une transformation, et le dépôt interstitiel paraît moins abondant que dans la dernière variété.

» Le docteur Christison n'admet que *trois degrés* dans l'affection.

» Le premier, ou *degré commençant*, est caractérisé, dit cet auteur, par les mêmes caractères anatomiques que ceux du degré qui va suivre, mais moins profonds. On y trouve particulièrement le dépôt dans la substance corticale d'une matière jaune grisâtre, obscurément granuleuse, avec ou peut-être sans un certain degré de congestion sanguine.

» Le *degré moyen* est caractérisé par la déposition d'une matière granuleuse et semblable à du fromage. Ce caractère anatomique, le seul important et bien établi de l'altération morbide, paraît d'abord être exclusivement borné à la substance corticale du rein ; il y a toutefois, dit M. Christison, des exceptions, mais elles sont en petit nombre.

» Enfin, dans le troisième degré, ou *degré avancé*, le dépôt morbide envahit graduellement la portion tubuleuse des reins.

» On voit donc que, pour M. Christison, il n'y a qu'un seul et même caractère pour tous les degrés de la maladie ; la plus ou moins grande profondeur de l'altération fait toute la différence.

» M. Martin-Solon a admis *cinq degrés ou variétés ;* mais ces différents degrés ne sont autre chose que les diverses formes admises par M. Rayer, dont deux seulement, la quatrième et la cinquième, sont réunies ; nous allons immédiatement donner la division présentée par ce dernier auteur.

» M. Rayer distingue d'abord la néphrite albumineuse en aiguë et en chronique : deux formes principales qui correspondent plus particulièrement, ainsi que nous

(1) *Arch. gén. de médecine*, 3ᵉ série, 1842, t. XV, p. 59, 209.
(2) *Cases and observations*, etc.

l'avons dit, à certaines lésions qui vont être indiquées; puis il donne la description suivante :

» *Première forme.* — Le volume des reins est augmenté, leur consistance est assez ferme, sans dureté; leur surface, d'un rouge morbide, paraît piquetée d'un grand nombre de petits points rouges plus foncés que la teinte habituelle de ces organes; la substance corticale est gonflée, et présente un grand nombre de petits points rouges semblables à ceux qu'on observe extérieurement, et qui correspondent la plupart aux glandules de Malpighi fortement injectées de sang; la substance tubuleuse est comprimée par la substance corticale; elle est d'un rouge plus mat, et les stries sont moins apparentes que dans l'état sain. La membrane muqueuse des calices et des bassinets est injectée, et offre des arborisations vasculaires.

» *Deuxième forme.* — Gonflement et poids des reins augmentés, consistance un peu moins ferme, lobules souvent plus prononcés qu'à l'état normal. Mais ce qui caractérise spécialement cette forme, c'est un mélange d'anémie et d'hypérémie fort remarquable, un aspect marbré de la surface des reins produit par des taches rouges disséminées sur un fond d'un blanc jaunâtre. La surface corticale est gonflée; sa couleur pâle jaunâtre, tachetée de rouge, se détache fortement de la substance tubuleuse, dont la teinte est d'un rouge brun assez vif.

» Ces deux formes appartiennent plus particulièrement à la néphrite albumineuse aiguë.

» *Troisième forme.* — Volume et poids des reins *ut suprà ;* taches rouges et marbrées disparues. La substance corticale, à la surface des reins et à la coupe, offre une teinte pâle assez uniforme, d'un blanc rosé, légèrement jaunâtre, ou bien une teinte plus pâle encore, et analogue à celle de la chair d'anguille. Sur quelques points, on remarque des vaisseaux injectés de sang, plus rarement de petites taches ardoisées ou brunes, des granulations blanches ou des dépressions. Souvent endurcissement rouge des mamelons, et léger épaississement de la muqueuse des bassinets et des calices.

» *Quatrième forme.* — C'est celle qui avait commencé à frapper les auteurs avant les recherches de M. Rayer; c'est d'après elle aussi qu'on a donné à l'affection le nom de *maladie granuleuse des reins.* Ici encore le volume et le poids des organes affectés sont augmentés; la surface externe du rein, ordinairement d'un jaune pâle, est parsemée de petits taches d'un blanc laiteux, légèrement jaunâtre, en général plus nombreuses et plus apparentes aux extrémités des reins, et voilées par une lame extrêmement mince, à travers laquelle elles apparaissent comme sous un vernis. Surface des reins parfaitement lisse; granulations dans la substance corticale, qui est gonflée et s'étend entre les cônes; ces petits points, d'un blanc laiteux, se prolongent sous forme de linéaments irréguliers, et comme floconneux, qui semblent se continuer avec les stries divergentes de cônes tubuleux.

» *Cinquième forme.* — Reins toujours plus volumineux et plus pesants. Il semble qu'un grand nombre de petits grains de semoule sont déposés au-dessous de leur membrane celluleuse propre. C'est cette forme que M. Martin-Solon a réunie à la précédente pour n'en faire qu'une seule.

» *Sixième forme.* — Reins quelquefois plus volumineux et souvent plus petits que dans l'état sain; durs et présentant des inégalités à leur surface, qui offre peu

qui est le plus complet. Je ne saurais donc mieux faire que de donner ici sa description, en la faisant précéder d'une courte analyse de celle des autres auteurs ; et comme j'avais déjà exposé de cette manière les détails anatomiques dans le travail que j'ai eu occasion de citer plusieurs fois (1), il me suffira de reproduire ici le passage où se trouvent ces détails.

« Les auteurs ont beaucoup varié dans leurs divisions des diverses formes de cette maladie. Le docteur Bright (2) la divise en trois *formes*.

» Dans la *première*, le rein perd sa fermeté, prend à l'extérieur une couleur jaunâtre qui pénètre avec une légère teinte grise dans la substance corticale. La substance tubuleuse a une couleur plus vive qu'à l'état normal ; le volume du rein n'a point changé, et l'on n'y découvre aucun dépôt morbide.

» Dans la *deuxième forme* admise par M. Bright, la substance corticale est transformée en un tissu granulé, et il paraît s'être formé dans les intestins un dépôt abondant d'une substance blanche opaque ; le rein a augmenté de volume, les granulations sont rendues plus apparentes par la macération.

» Enfin, dans la *troisième forme*, le rein est tout à fait rude et raboteux au toucher ; on voit souvent s'y dessiner de nombreuses élévations jaunes, rouges, pourpres, et n'excédant guère la grosseur d'une petite tête d'épingle. La forme du rein a souvent de la tendance à devenir lobulée ; cet organe est dur au toucher, il a une consistance demi-cartilagineuse ; les *tubuli* sont tirés vers la surface du rein. Bref, toutes les parties de l'organe semblent avoir subi une transformation, et le dépôt interstitiel paraît moins abondant que dans la dernière variété.

» Le docteur Christison n'admet que *trois degrés* dans l'affection.

» Le premier, ou *degré commençant*, est caractérisé, dit cet auteur, par les mêmes caractères anatomiques que ceux du degré qui va suivre, mais moins profonds. On y trouve particulièrement le dépôt dans la substance corticale d'une matière jaune grisâtre, obscurément granuleuse, avec ou peut-être sans un certain degré de congestion sanguine.

» Le *degré moyen* est caractérisé par la déposition d'une matière granuleuse et semblable à du fromage. Ce caractère anatomique, le seul important et bien établi de l'altération morbide, paraît d'abord être exclusivement borné à la substance corticale du rein ; il y a toutefois, dit M. Christison, des exceptions, mais elles sont en petit nombre.

» Enfin, dans le troisième degré, ou *degré avancé*, le dépôt morbide envahit graduellement la portion tubuleuse des reins.

» On voit donc que, pour M. Christison, il n'y a qu'un seul et même caractère pour tous les degrés de la maladie ; la plus ou moins grande profondeur de l'altération fait toute la différence.

» M. Martin-Solon a admis *cinq degrés ou variétés ;* mais ces différents degrés ne sont autre chose que les diverses formes admises par M. Rayer, dont deux seulement, la quatrième et la cinquième, sont réunies ; nous allons immédiatement donner la division présentée par ce dernier auteur.

» M. Rayer distingue d'abord la néphrite albumineuse en aiguë et en chronique : deux formes principales qui correspondent plus particulièrement, ainsi que nous

(1) *Arch. gén. de médecine*, 3e série, 1842, t. XV, p. 59, 299.
(2) *Cases and observations*, etc.

l'avons dit, à certaines lésions qui vont être indiquées ; puis il donne la description suivante :

» *Première forme.* — Le volume des reins est augmenté, leur consistance est assez ferme, sans dureté ; leur surface, d'un rouge morbide, paraît piquetée d'un grand nombre de petits points rouges plus foncés que la teinte habituelle de ces organes ; la substance corticale est gonflée, et présente un grand nombre de petits points rouges semblables à ceux qu'on observe extérieurement, et qui correspondent la plupart aux glandules de Malpighi fortement injectées de sang ; la substance tubuleuse est comprimée par la substance corticale ; elle est d'un rouge plus mat, et les stries sont moins apparentes que dans l'état sain. La membrane muqueuse des calices et des bassinets est injectée, et offre des arborisations vasculaires.

» *Deuxième forme.* — Gonflement et poids des reins augmentés, consistance un peu moins ferme, lobules souvent plus prononcés qu'à l'état normal. Mais ce qui caractérise spécialement cette forme, c'est un mélange d'anémie et d'hypérémie fort remarquable, un aspect marbré de la surface des reins produit par des taches rouges disséminées sur un fond d'un blanc jaunâtre. La surface corticale est gonflée ; sa couleur pâle jaunâtre, tachetée de rouge, se détache fortement de la substance tubuleuse, dont la teinte est d'un rouge brun assez vif.

» Ces deux formes appartiennent plus particulièrement à la néphrite albumineuse aiguë.

» *Troisième forme.* — Volume et poids des reins *ut suprà ;* taches rouges et marbrées disparues. La substance corticale, à la surface des reins et à la coupe, offre une teinte pâle assez uniforme, d'un blanc rosé, légèrement jaunâtre, ou bien une teinte plus pâle encore, et analogue à celle de la chair d'anguille. Sur quelques points, on remarque des vaisseaux injectés de sang, plus rarement de petites taches ardoisées ou brunes, des granulations blanches ou des dépressions. Souvent endurcissement rouge des mamelons, et léger épaississement de la muqueuse des bassinets et des calices.

» *Quatrième forme.* — C'est celle qui avait commencé à frapper les auteurs avant les recherches de M. Rayer ; c'est d'après elle aussi qu'on a donné à l'affection le nom de *maladie granuleuse des reins.* Ici encore le volume et le poids des organes affectés sont augmentés ; la surface externe du rein, ordinairement d'un jaune pâle, est parsemée de petits taches d'un blanc laiteux, légèrement jaunâtre, en général plus nombreuses et plus apparentes aux extrémités des reins, et voilées par une lame extrêmement mince, à travers laquelle elles apparaissent comme sous un vernis. Surface des reins parfaitement lisse ; granulations dans la substance corticale, qui est gonflée et s'étend entre les cônes ; ces petits points, d'un blanc laiteux, se prolongent sous forme de linéaments irréguliers, et comme floconneux, qui semblent se continuer avec les stries divergentes de cônes tubuleux.

« *Cinquième forme.* — Reins toujours plus volumineux et plus pesants. Il semble qu'un grand nombre de petits grains de semoule sont déposés au-dessous de leur membrane celluleuse propre. C'est cette forme que M. Martin-Solon a réunie à la précédente pour n'en faire qu'une seule.

» *Sixième forme.* — Reins quelquefois plus volumineux et souvent plus petits que dans l'état sain ; durs et présentant des inégalités à leur surface, qui offre peu

ou point de taches laiteuses ; mais, à la coupe, on en découvre presque toujours un certain nombre dans la substance corticale. Quelquefois néanmoins ces granulations ne peuvent se rencontrer au milieu des reins indurés, rugueux et mamelonnés.

» De ces quatre dernières formes, la néphrite albumineuse aiguë n'affecte guère que les deux premières, et encore dans des cas rares ; elles appartiennent, au contraire, toutes les quatre à l'état chronique ; mais ce sont les deux dernières qu'elle affecte exclusivement.

» Quelle est de ces divisions que nous venons d'indiquer celle qu'il faut admettre ? Évidemment celle de M. Rayer est la plus complète ; elle montre davantage toutes les altérations par lesquelles passent les reins pour arriver à cette déformation qu'il a décrite sous le titre de *sixième forme*, et qui est quelquefois portée à un degré extrême. Aussi est-ce celle qui nous paraît devoir être adoptée, en ayant toutefois bien soin de remarquer, ainsi que l'a fait l'auteur lui-même, qu'elle ne s'applique d'une manière bien précise qu'à l'anatomie pathologique. Il ne faudrait pas, en effet, chercher pendant la vie à diagnostiquer positivement l'existence de telle ou telle forme à l'exclusion de toutes les autres ; on pourrait souvent tomber dans une erreur complète. Ce qu'il y a de plus positif, c'est, ainsi qu'on le verra plus loin, et ainsi que nous l'avons déjà dit, la relation des deux premières formes avec les symptômes de l'état aigu, et celle des deux dernières avec les signes de l'état chronique. »

Il est, en outre, quelques autres détails qu'on trouve dans divers auteurs, et qu'il importe de signaler ici. C'est ainsi que MM. Bright et Gregory nous ont appris que les injections ont de la difficulté à pénétrer dans la substance corticale du rein, et que MM. Christison et Becquerel ont rapproché la lésion qui caractérise cette affection d'autres lésions connues. Le premier a cru voir dans la matière des granulations une véritable matière tuberculeuse, et le second rapproche ces mêmes granulations de celles de la *cirrhose du foie*. Mais rien ne prouve que ces rapprochements soient exacts, et, à ce sujet, je dois indiquer une lacune déjà signalée par M. Christison, c'est que l'analyse du dépôt morbide de la maladie de Bright n'a pas encore été faite.

Ce dernier auteur est un de ceux qui ont signalé avec le plus de soin les lésions qu'on observe dans les autres organes. Ce sont d'abord les suffusions séreuses dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans les poumons, et même dans le cerveau, les épanchements dans les cavités séreuses, l'état presque exsangue de tout le corps, qui se remarque surtout dans les centres nerveux, et à l'aide duquel M. Christison explique à la fois la faiblesse des sujets et les symptômes cérébraux observés principalement à la fin de la maladie. Cet auteur a vu fréquemment les vaisseaux sanguins presque entièrement vides. Quant à l'état du sang, j'en ai suffisamment parlé dans la description des symptômes.

Les autres lésions n'appartiennent pas à la maladie qui nous occupe, quoiqu'elles aient pu hâter la mort : ce sont des bronchites, des pleurésies, des tubercules, des lésions propres aux maladies du cœur, des altérations chroniques du foie. De ces [illegible]ns, les unes (affections chroniques) ont presque toujours précédé la maladie [illegible]ns ; les autres (bronchite, pleurésie, péricardite) sont survenues ordinaire[illegible]lans les derniers temps de la maladie.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Lorsque l'affection présente tous ses caractères d'une manière tranchée, le diagnostic n'est évidemment pas difficile. Rappelons-nous, en effet, qu'il s'agit d'une affection dans laquelle il y a à la fois altération des caractères chimiques et physiques de l'urine, infiltration du tissu cellulaire, et ordinairement état particulier du sang, et nous verrons que, lorsqu'elle se présente avec cet appareil de symptômes, il est à peine quelques cas où l'on puisse la méconnaître ou la confondre avec une autre. Mais, d'une part, ainsi que nous l'avons vu, l'infiltration peut tarder à se montrer, elle peut disparaître, et, de l'autre, l'état du sang est difficile à constater; le plus souvent on n'a ni le temps ni les moyens nécessaires pour y parvenir; il est donc des cas où des difficultés assez grandes se font sentir, et exigent un examen attentif. Pour présenter ce diagnostic d'une manière méthodique, il faut se rappeler la division en *forme aiguë* et *forme chronique* que nous avons suivie plus haut.

Forme aiguë. On a cité quelques cas d'*anasarque* développée rapidement et avec des symptômes d'excitation (anasarque active) dans lesquels l'urine contenait une certaine quantité d'albumine. Les cas de ce genre sont rares; lorsqu'ils se présentent, ils peuvent très facilement donner lieu à une erreur de diagnostic. M. Becquerel en a vu des exemples chez des enfants, à la suite de la scarlatine, et la mort des sujets a permis de constater que les reins étaient seulement œdémateux. Voici, en pareil cas, sur quelles données on peut établir le diagnostic. Il résulte de quelques observations que, lorsque les reins ne présentent pas les lésions caractéristiques de la maladie de Bright, l'albumine ne se montre dans les urines qu'à la suite de l'hydropisie; or il est parfaitement constaté que, dans la maladie de Bright, on trouve ordinairement l'albumine dans le liquide urinaire, un certain temps avant l'apparition de l'anasarque.

Il serait à désirer que ce point de diagnostic fût étudié avec plus de rigueur, car la confirmation du fait que je viens de signaler serait de la plus haute importance. Il est permis de croire qu'il en sera ainsi, car, d'après ce que nous connaissons maintenant de la maladie, l'explication de cette différence est extrêmement facile et satisfaisante à la fois. Lorsque la maladie des reins existe, elle suffit pour produire l'expulsion d'une quantité notable d'albumine par les urines; le sang se trouve alors dans les conditions où les hydropisies se produisent le plus facilement (1), et l'anasarque a lieu. Lorsque, au contraire, celle-ci est produite par d'autres causes qui souvent échappent à notre investigation, la partie liquide du sérum est exhalée dans le tissu cellulaire, l'albumine reste en plus grande abondance dans le sang et finit par être excrétée avec l'urine par le rein, cet émonctoire si puissant. Si donc il ne fallait qu'une explication, la voilà toute trouvée; mais rien ne peut suppléer à l'observation, et, je le répète, l'observation n'a pas encore prononcé d'une manière assez explicite pour qu'on puisse faire de cette apparition hâtive ou tardive de l'albumine dans le liquide urinaire, la base d'un diagnostic rigoureux.

Il faut en outre tenir compte, dans l'examen de l'urine, de la quantité plus ou moins grande de cette substance. Tous les auteurs reconnaissent qu'elle est en

(1) ANDRAL, *Essai d'hématologie pathologique*.

quantité plus considérable et qu'elle se montre d'une manière plus continue dans la maladie de Bright que dans les autres affections qui peuvent lui ressembler. Dans la forme aiguë que nous étudions ici, les urines contiennent le plus souvent des globules sanguins, ce qu'on n'observe pas dans l'anasarque active ayant une autre cause. Enfin nous avons signalé la douleur rénale et les émissions fréquentes d'une urine peu abondante, phénomènes qui paraissent appartenir plus particulièrement à la maladie de Bright, mais auxquels il ne faut pas accorder trop d'importance, car ils ne sont pas assez constants et peuvent se présenter à un certain degré dans toutes les affections où il existe un peu de fièvre ou d'excitation générale.

Il est un grand nombre de maladies aiguës dont certains cas présentent une quantité assez abondante d'albumine dans les urines. Désir, dans son intéressant travail (1), les a étudiées avec soin, et M. Martin-Solon leur a consacré un chapitre de son ouvrage. Les affections dans lesquelles il a trouvé le précipité albumineux sont les suivantes : *fièvres intermittentes*, *urticaire intermittente*, *exanthèmes fébriles*, *fièvre typhoïde*, *bronchite*, *pleuro-pneumonie*, *maladies aiguës diverses*.

Un premier fait à signaler, c'est que ces affections ne donnent pas lieu à l'hydropisie. Mais nous avons vu dans la description des symptômes que, pendant un certain temps, l'hydropisie n'existe pas dans la maladie de Bright, alors que l'albumine est chaque jour constatée dans le liquide urinaire. Comment alors établir le diagnostic ? Il faut encore étudier attentivement la continuité et l'abondance de l'excrétion de l'albumine, qui sont bien plus notables dans la maladie de Bright, et en second lieu on a, pour confirmer le diagnostic, d'un côté les symptômes locaux de cette maladie, et de l'autre les symptômes si caractéristiques des autres affections, symptômes qu'il serait inutile d'indiquer ici.

Forme chronique. C'est principalement aux hydropisies développées dans le cours des maladies chroniques, et dans lesquelles l'urine peut être albumineuse, que se rapportent les considérations présentées par M. Martin-Solon sur ce point du diagnostic différentiel. Cet auteur, après avoir cité des faits de ce genre qu'il a recueillis, et en avoir mentionné d'autres publiés par M. Forget, s'exprime ainsi : « Les cas rares dont nous venons de parler peuvent se distinguer de ceux de la maladie de Bright par les symptômes suivants : l'urine est habituellement de couleur normale ; elle a conservé en partie son odeur, n'a perdu que peu ou point de ses principes constituants. La quantité d'albumine qu'elle contient est peu considérable ; il existe une cause (une maladie du cœur ou du foie, par exemple) qui rend raison de l'hydropisie. Enfin l'œdème n'a pas toujours commencé par les jambes, et l'ascite, s'il en existe une, a précédé l'anasarque. Lorsque, au contraire, l'urine a perdu sa densité et sa couleur normales, quand elle précipite abondamment par l'acide nitrique ou se trouble à l'approche de la chaleur, il n'y a plus de doute possible, l'hydropisie dépend d'une lésion rénale. »

Ce diagnostic peut être regardé comme exact, sauf en ce qui regarde la marche de l'hydropisie, qui ne s'applique qu'aux *maladies du foie*, et en particulier à la *cirrhose*. Dans les *maladies du cœur*, en effet, nous savons que l'œdème commence habituellement par les jambes, et que l'ascite est consécutive.

(1) *De l'albuminurie*, IIe partie, chap. II, *Faits d'urine coagulable et précipitable*.

M. Martin-Solon a encore posé le diagnostic suivant entre la maladie de Bright et la *néphrite, soit aiguë, soit chronique*, dans laquelle l'albumine, ainsi que le prouvent des faits qu'il a cités, peut se trouver dans l'urine, alors qu'on n'y voit pas encore de pus. Voici comment il s'exprime à cet égard : « Dans la néphrite, il n'y a pas d'œdème. La fièvre l'accompagne ordinairement; il est rare de l'observer dans l'affection rénale de Bright; la suppuration termine souvent la première, on ne la voit jamais dans la seconde. La maladie de Bright affecte en même temps les deux reins; la néphrite aiguë envahit souvent l'un des deux seulement. La néphrite aiguë détermine des douleurs sympathiques qui occasionnent des vomissements, la rétraction des testicules, des douleurs dans ces parties ou dans les grandes lèvres; nous n'en avons jamais vu sous l'influence de la maladie de Bright. » Il n'y a encore qu'un doute à élever sur ce diagnostic, c'est à propos du siége de la néphrite aiguë dans un seul des reins. On peut voir ce que j'ai dit à ce sujet en parlant de cette maladie (1).

Tels sont les principaux points du diagnostic différentiel. Il ne me reste qu'à dire quelques mots des maladies dans lesquelles d'autres produits que l'albumine se trouvant dans le liquide urinaire pourraient être pris pour cette matière.

Dans l'*hématurie*, l'urine contient du sang, et par conséquent de l'albumine : « Mais, dit encore M. Martin-Solon, dans l'hématurie, l'albumine n'existe que passagèrement dans l'urine; on ne l'y retrouve plus dès que celle-ci cesse d'être colorée par le sang. Dans l'hydropisie avec albuminurie, la coloration rouge est passagère, la présence de l'albumine persiste lorsque l'urine a recouvré sa coloration normale. » Il faut ajouter que, dans l'hématurie, on trouve des caillots fibrineux au fond du vase, ce qu'on n'observe pas dans la maladie de Bright.

« Dans l'*urine mélangée de pus*, l'acide nitrique et la chaleur, dit M. Rayer, décèlent bien la présence de l'albumine; mais la présence des globules purulents et parfois celle d'une proportion considérable d'urates et de phosphates séparent nettement ces urines les unes des autres. »

Enfin on distingue les *urines chyleuses* des urines albumineuses, en observant que, dans les premières, l'albumine est mélangée à une quantité considérable de matière grasse, dont il est très facile de constater la présence, puisqu'il suffit de laisser reposer le liquide pour voir se former, au bout de quelques heures, « une couche d'aspect crémeux à sa surface, une teinte opaline ou laiteuse dans toute sa hauteur, et un dépôt sanguinolent ou fibrineux, ou d'apparence gélatineuse (Rayer). »

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la maladie de Bright à forme aiguë et de l'anasarque aiguë due à d'autres causes.*

MALADIE DE BRIGHT A FORME AIGUE.	ANASARQUE AIGUE.
Symptômes du côté des reins : pesanteur, émissions fréquentes de l'urine, etc. (Signe douteux.)	*Pas de symptômes rénaux.*
Albumine dans les urines *précédant* pen-	*Pas d'albumine* dans les urines; ou bien

(1) Voy. *Néphrite aiguë*.

dant un temps plus ou moins long l'*apparition de l'hydropisie.*	*apparition* de cette substance *après la production de l'anasarque.*

Je renvoie le lecteur aux détails qui précèdent, pour se rappeler les points encore incertains de ce diagnostic.

2° *Signes distinctifs de la maladie de Bright à forme aiguë et d'autres affections fébriles avec urines albumineuses.*

MALADIE DE BRIGHT A FORME AIGUE.	AUTRES AFFECTIONS FÉBRILES.
L'albumine se trouve *constamment* dans les urines *pendant tout le cours de la maladie*; l'abondance seule varie.	L'albumine ne se trouve que *d'une manière passagère.*
Elle est généralement *beaucoup plus abondante.*	Généralement *peu abondante.*
Hydropisies.	*Pas d'hydropisies.*
Autres symptômes généralement légers de la maladie de Bright.	Symptômes presque toujours intenses et *caractéristiques de ces affections* (fièvre typhoïde, pneumonie, rhumatisme, etc.)

3° *Signes distinctifs de la maladie de Bright à l'état chronique et des autres affections chroniques qui donnent lieu aux hydropisies.*

MALADIE DE BRIGHT A FORME CHRONIQUE.	AUTRES AFFECTIONS CHRONIQUES QUI PRODUISENT L'HYDROPISIE.
Urine *pâle*, *louche*, ayant une *odeur fade.*	Urine de *couleur normale*, conservant l'o*deur urineuse.*
Sa densité est *diminuée*; elle a *perdu* en plus ou moins grande partie *ses sels et l'urée.*	Densité *normale; sels et urée à l'état normal.*
Albumine en *quantité considérable*, existant d'*une manière continue.*	Albumine en *petite quantité*; ne se montrant ordinairement que d'*une manière passagère.*
L'œdème *commence* presque toujours *par les membres inférieurs*; l'ascite *survient après.*	Dans les *maladies du foie*, l'*ascite précède l'œdème.*
Autres symptômes légers de la maladie de Bright.	*Symptômes caractéristiques* de maladies du cœur, du foie, etc.

4° *Signes distinctifs de la maladie de Bright à forme aiguë ou chronique et de la néphrite simple avec urines albumineuses.*

MALADIE DE BRIGHT A FORME AIGUE OU CHRONIQUE.	NÉPHRITE SIMPLE AIGUE OU CHRONIQUE, AVEC URINES ALBUMINEUSES.
Pas de fièvre (forme chronique) ou *mouvement fébrile léger* (forme aiguë).	Fièvre toujours *assez marquée.*
Hydropisie.	*Pas d'hydropisie.*
Jamais de suppuration.	Se termine souvent par *suppuration.*
Douleur des reins *nulle ou sourde.*	Douleur des reins *plus ou moins vive.*
Pas de rétraction douloureuse des testicules, *ni de douleurs* dans les grandes lèvres, etc.	*Rétraction douloureuse* des testicules, *douleur* dans les grandes lèvres, etc.

5° *Signes distinctifs des urines albumineuses de la maladie de Bright à forme aiguë et des urines rendues albumineuses par la présence du sang dans l'hématurie.*

URINES ALBUMINEUSES DE LA MALADIE DE BRIGHT A FORME AIGUE.	URINES RENDUES ALBUMINEUSES PAR LA PRÉSENCE DU SANG DANS L'HÉMATURIE.
Urine *constamment* albumineuse.	Urine *passagèrement* albumineuse.

La couleur de l'urine devenant normale, l'albumine peut être en quantité moins grande, mais *ne disparaît pas*.	Dès que la couleur de l'urine revient à son état normal, l'*albumine disparaît*.
Pas de caillots fibrineux au fond du vase.	Ordinairement *caillots fibrineux* au fond du vase.

6° *Signes distinctifs de l'urine albumineuse de la maladie de Bright et de l'urine rendue albumineuse par la présence du pus.*

URINE ALBUMINEUSE DE LA MALADIE DE BRIGHT.	URINE RENDUE ALBUMINEUSE PAR LA PRÉSENCE DU PUS.
Pas de globules purulents.	*Globules purulents*, distingués au microscope.
Urates et phosphates *en quantité moindre* qu'à l'état normal.	Sels souvent *plus abondants* qu'à l'état normal.
Autres symptômes de la maladie de Bright.	Symptômes des inflammations des voies urinaires.

7° *Signes distinctifs de l'urine albumineuse de la maladie de Bright et de l'urine chyleuse.*

URINE ALBUMINEUSE DE LA MALADIE DE BRIGHT.	URINE CHYLEUSE.
Pas de cremor à la surface.	*Cremor* à la surface, après quelques heures de repos.

Il est sans doute plusieurs autres caractères différentiels des diverses urines dont il vient d'être question ; mais j'ai dû me borner à indiquer ceux que le médecin a le plus intérêt à connaître.

Pronostic. Il résulte de ce que j'ai dit, à propos de la terminaison de la maladie, que la gravité du pronostic est bien différente suivant qu'il s'agit de la forme aiguë ou de la forme chronique.

Dans la *forme aiguë*, on a lieu d'espérer la guérison lorsqu'il n'y a pas de complication dangereuse. En général, suivant M. Rayer, la gravité de l'affection est en raison directe de l'abondance de l'albumine dans l'urine ; mais cette règle souffre d'assez nombreuses exceptions, ainsi qu'il le reconnaît lui-même. Cet auteur a remarqué encore que l'affection a moins de gravité lorsqu'elle survient à la suite de la scarlatine ou dans les derniers mois de la grossesse que dans toute autre condition. Cependant on ne doit pas, même dans ces cas, la regarder comme de peu d'importance ; car, s'il est vrai de dire que la guérison est probable, on a vu des malades succomber, chez lesquels les progrès seuls de l'affection ont amené la mort.

Si, l'hydropisie disparaissant, on voit persister l'albumine dans les urines, le pronostic est en général fâcheux, car la maladie tend à passer à l'état chronique, ou bien on a à redouter une nouvelle attaque au bout d'un temps plus ou moins long. La disparition simultanée de l'hydropisie et de l'albumine dans l'urine annonce la guérison ; mais les récidives sont à craindre, si le malade ne change pas son genre de vie, dans les cas où l'on peut attribuer l'affection à une cause antihygiénique. On a vu quelques sujets succomber, alors même que l'albumine disparaissait de l'urine et que l'hydropisie se dissipait, mais ces cas sont exceptionnels.

Nous avons vu qu'il est très rare d'obtenir la guérison de la *forme chronique*.

Lorsque surtout elle est arrivée à un certain degré, la mort est presque infaillible. On a néanmoins cité des cas de guérison, et d'autres où la position des malades a été améliorée, et où leurs jours ont été prolongés. Recherchons donc quelles sont les conditions favorables ou défavorables sur lesquelles doit se fonder le pronostic.

Suivant M. Rayer, le pronostic est généralement d'autant plus grave que l'albumine est plus abondante dans l'urine. Il y a sans doute des exceptions à cette règle, mais il n'est pas exact de dire avec M. Christison que les chances de mort ne sont nullement en rapport avec la quantité de l'albumine rendue par les urines.

La diminution très notable de la quantité et de la densité des urines est un signe fâcheux, tandis que le contraire est d'un bon augure.

Enfin il est presque inutile de dire que les complications si funestes qu'on observe dans tant de cas ajoutent beaucoup à la gravité de la maladie, et rendent le plus souvent l'affection inévitablement mortelle.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de la maladie de Bright est, sans contredit, la partie la moins avancée de son histoire, ce qui tient en partie sans doute au peu de temps qui s'est écoulé depuis que l'on connaît bien cette affection, mais en partie aussi à la manière peu rigoureuse dont on a traité les questions thérapeutiques qui s'y rattachent. Tout ce que je peux faire, c'est de présenter aussi exactement que possible l'état de la science sur ce point.

1° *Traitement de la forme aiguë. Émissions sanguines.* Les émissions sanguines sont conseillées par les auteurs dans les cas où il y a un certain mouvement fébrile, c'est-à-dire *dans la forme aiguë* de la maladie. M. Christison recommande expressément de les employer, et M. Rayer dit que, « en général, dans cette période de la maladie, en pratiquant la saignée, il faut plutôt s'exposer à aller au delà que de rester en deçà des limites qu'il semble nécessaire d'atteindre. » C'est ordinairement à la *saignée générale* qu'on a principalement recours. La richesse du sang, l'épaisseur de la couenne, la fermeté du caillot sont les indices qui servent à déterminer l'opportunité d'insister sur les saignées, dont on doit être très sobre dans les conditions contraires. Des *ventouses scarifiées*, en plus ou moins grand nombre sur les lombes, ou des *sangsues*, peuvent être appliquées concurremment avec la saignée, ou bien exclusivement chez les sujets affaiblis et chez les jeunes enfants.

Après la saignée, on met en usage, dans cette forme aiguë, des moyens fort simples. Ce sont d'abord des *boissons adoucissantes*, auxquelles on ajoute une certaine quantité de *nitre* pour les rendre diurétiques, la suivante, par exemple :

℞ Infusion de mauve..... 1000 gram. | Nitrate de potasse....... 1,50 gram.

On ne doit pas empêcher les malades de boire, comme on l'a fait à une certaine époque, dans les hydropisies. Cette recommandation peut encore être utile, sinon pour les médecins, du moins pour les personnes qui entourent les malades, et qu'il ne faut pas manquer de prévenir.

Les diurétiques très actifs, et à haute dose, n'ont pas été recommandés dans

cette forme aiguë de la maladie, comme dans la forme chronique, à propos de laquelle nous aurons à en parler avec quelques détails.

Les *purgatifs* peu énergiques sont recommandés par tous les auteurs. On peut prescrire le suivant :

℞ Eau de chicorée..........	100 gram.	Sirop de nerprun..........	30 gram.
Sulfate de magnésie.......	15 gram.		

A prendre en deux fois.

L'*huile de ricin*, à la dose de 30 à 40 grammes, est également donnée en pareil cas.

« Des purgatifs plus énergiques, dit M. Rayer, tels que la *racine de jalap* et la *gomme-gutte*, doivent être administrés de préférence dans les cas où l'hydropisie est très considérable, et lorsqu'elle n'a été que peu modifiée par la saignée. Ces purgatifs doivent même être administrés en même temps que les émissions sanguines, dans les cas où la maladie s'annonce avec beaucoup de gravité, et lorsqu'il y a imminence de symptômes cérébraux. » Ces médicaments peuvent être prescrits de la manière suivante :

℞ Jalap..................	1,50 gram.	Décoction de chicorée....	130 gram.

Mêlez. A prendre en trois fois, à une demi-heure d'intervalle. S'arrêter, si les deux premières agissent suffisamment.

Pour les enfants, on donnera le jalap à la *dose de* 0,50 *à* 75 *grammes* dans 15 grammes de sirop de guimauve, et également en trois fois, en observant les mêmes précautions.

Pour la *gomme-gutte*, il suffit d'administrer les *pilules de Bontius*, dont j'ai donné la formule à propos de l'*ascite* (1), et qui contiennent cette substance.

Un *bain simple*, le soir, est également recommandé par la plupart des auteurs. M. Rayer insiste pour que le bain soit pris auprès du lit, afin que le malade ne soit pas exposé aux causes de refroidissement.

Les *bains de vapeur* ou bien les *fumigations avec les baies de genièvre* sont prescrits dans le but d'exciter la transpiration. Ces dernières peuvent être faites en introduisant une suffisante quantité de baies dans une bassinoire garnie de charbons ardents, et en bassinant le lit du malade. Ou mieux encore, en faisant vaporiser les baies dans un fourneau, et en dirigeant la vapeur dans le lit à l'aide d'un tuyau de fer-blanc.

« Lorsque, dit M. Rayer, qui s'est occupé du traitement de la forme aiguë d'une manière plus précise que les autres auteurs, les symptômes gastriques ou intestinaux, et en particulier les vomissements et la diarrhée, sont très notables, les *bains tièdes*, des *sangsues à l'anus* et de *petites doses d'opium* sont des remèdes salutaires. » Il n'est guère permis d'élever des doutes sur l'exactitude de cette assertion, mais on peut ne plus être de l'avis de cet auteur quand il ajoute : « Lorsque les malades se plaignent de dyspnée ou d'oppression, après la saignée, les purgatifs sont préférables. » Pour démontrer la vérité de cette proposition, il eût fallu chercher les preuves dans des observations bien concluantes, et c'est ce qui n'a pas été fait. Si je présente cette réflexion, c'est qu'on a peine à croire, quand

(1) *Voy.* p. 350.

on se rappelle l'effet des narcotiques sur les fonctions respiratoires, que les purgatifs aient plus d'efficacité que l'opium pour calmer la dyspnée. Cependant il faudrait se rendre à l'expérience, si l'expérience avait réellement prononcé.

La persuasion où l'on est que le froid, et surtout le froid humide, est une des causes les plus puissantes de la maladie dont il s'agit ici, a eu pour résultat naturel la recommandation, de la part de tous les auteurs, de soustraire avec le plus grand soin les malades à l'influence de ces agents. Aussi recommande-t-on de tenir l'appartement à une température assez élevée, et en outre de *couvrir le corps de flanelle.*

Lorsque les signes de réaction sont marqués, il faut soumettre les malades à une diète assez sévère, mais on ne doit pas tarder à donner des aliments assez substantiels dès que le léger mouvement fébrile est tombé. M. Rayer a vu plusieurs malades se trouver bien de l'usage du *lait pour toute nourriture* pendant quelques jours.

Tel est le traitement bien simple de la forme aiguë de la maladie de Bright. On peut voir, par l'exposition que je viens d'en donner, que les recherches sur ce point n'ont pas été faites d'une manière tout à fait satisfaisante. Mais comme, ainsi que j'ai eu occasion de le dire plusieurs fois, la maladie se termine ordinairement par la guérison, les médecins n'ont pas pensé qu'il fût nécessaire de connaître avec une plus grande précision l'action des médicaments qui composent ce traitement, et pourtant quelques études faites dans ce sens ne seraient certainement pas sans utilité.

2° *Traitement de la forme chronique.* Il résulte de ce que nous avons dit dans la description de cette forme chronique, que le médecin ne doit pas avoir grand espoir de guérir son malade, même en employant les moyens qui paraissent le mieux appropriés. Mais on a vu aussi que plusieurs faits ont démontré la possibilité d'un adoucissement considérable au mal et de la prolongation des jours du malade, alors même que la maladie avait fait, à n'en pas douter, d'assez grands progrès. C'est principalement pour atteindre ce but qu'on a institué le traitement de la maladie de Bright à forme chronique, et par conséquent ce traitement n'est guère que palliatif.

Émissions sanguines. Les émissions sanguines sont bien loin d'être recommandées, dans cette forme chronique, avec la même confiance que dans l'état aigu. Pour montrer toute l'incertitude dans laquelle on est sur l'opportunité de leur emploi, dans les cas même où elles semblent le mieux indiquées, il me suffira de citer le passage suivant de M. Rayer : « D'après les avantages qu'on retire, dit-il (page 148), des émissions sanguines dans la forme aiguë et au début de la maladie, on devait naturellement être conduit à penser, et l'observation l'a confirmé, qu'elles pourraient être utiles au début de certaines néphrites albumineuses chroniques, ou contre les attaques inflammatoires, partielles et successives, auxquelles les reins, déjà profondément altérés en plusieurs points, sont exposés dans cette maladie. Mais si elles peuvent être employées contre l'hypérémie rénale, qui s'opère lentement ou par attaques successives, *elles sont non seulement inutiles, mais encore nuisibles*, dans une foule de cas où les reins sont décolorés, granulés ou indurés.

» Or, dans l'impossibilité où l'on est souvent de juger, pendant la vie, du degré

et de la forme de l'altération rénale, il faut, toutes les fois qu'il y a un mouvement fébrile, recourir à l'application de *ventouses scarifiées aux lombes*, et même à *la saignée générale*, si l'état des forces du sujet le permet, qu'il existe ou non de la douleur aux régions rénales....

» Le traitement des paroxysmes de l'inflammation rénale est analogue à celui de la forme aiguë de la maladie ; toutefois il doit être, en général, moins actif. La saignée ne doit pas d'ordinaire être portée au delà de huit à dix onces, et souvent il est préférable de recourir à l'application des ventouses sur les reins, à moins qu'il n'existe en même temps quelque inflammation des poumons, de la plèvre, etc. Ces émissions sanguines sont contre-indiquées par la coexistence de maladies anciennes et incurables, telles que la phthisie tuberculeuse, le cancer de l'estomac, les maladies du cœur, avec insuffisance des valvules. »

On peut considérer ce passage comme l'expression de l'état actuel de la science, car les autres auteurs ont avancé des propositions à peu près semblables. Or, je le demande, est-il rien qui puisse laisser le praticien dans une plus grande perplexité ? Nous savons, en effet, que les signes qui s'offrent à nos yeux peuvent être ceux d'une congestion rénale, et, en pareil cas, la saignée sera utile ; mais ils peuvent être trompeurs, et la saignée sera alors, non pas seulement inutile, mais *nuisible*. Faut-il conclure, avec M. Rayer, que, dans le doute, il faut agir ? Je ne le pense pas, et je crois que, en pareil cas, la prudence veut d'autant plus qu'on s'abstienne, que le degré d'utilité de ce moyen, en supposant les circonstances les plus favorables, n'est nullement connu et pourrait bien être très faible. Des paroxysmes bien tranchés pourront seuls engager à recourir aux émissions sanguines, mais encore devra-t-on être très réservé dans leur emploi.

Diurétiques. Il serait inutile de rechercher ici quelles sont les raisons qui ont porté les médecins à recourir aux diurétiques dans cette maladie, et d'exposer les objections théoriques qu'on a adressées à cette médication. Ce qu'il nous importe de savoir, c'est si l'administration de ces médicaments est ou n'est pas réellement utile.

M. Christison (1) préconise particulièrement les diurétiques déjà prescrits par M. Bright, et auxquels cet auteur a plus tard accordé beaucoup moins de confiance. Ceux que préfère M. Christison sont la *digitale* et la *crème de tartre*.

La *digitale* est administrée par lui *à la dose de* 5 *à* 10 *centigrammes* en pilules, trois fois par jour ; ou bien de la manière suivante :

℞ Eau distillée de cannelle ou de casse, une cuillerée à thé. | Teinture de digitale. 10, 15 ou 20 gouttes.

A prendre trois fois par jour.

La *crème de tartre* est prescrite ainsi qu'il suit :

℞ Eau.................... 400 gram. | Crème de tartre.......... 6 ou 8 gram.

A prendre en une fois, trois fois par jour.

Si l'effet diurétique n'avait pas lieu dès les premiers jours, il ne faudrait pas en conclure que ces médicaments resteront sans action, car M. Christison a vu la

(1) *Loc. cit.*, p. 148 et suiv.

diurèse s'établir après un certain temps, et il dit avoir favorisé cette apparition en administrant un vomitif composé de *tartre stibié* et d'*ipécacuanha*.

Les autres diurétiques mis en usage sont la *scille*, le *nitrate*, l'*acétate de potasse*, etc. Il serait inutile d'en faire ici une longue énumération ; il suffit de renvoyer le lecteur à l'article *Ascite*, où ces médicaments ont été étudiés (1). Mais il est deux substances dont je dois dire quelques mots, parce qu'elles ont été recommandées par deux des auteurs qui ont étudié la maladie avec le plus de soin : MM. Bright et Rayer. Ce sont l'*uva ursi* et le *raifort sauvage*.

La *busserole* (raisin d'ours, *uva ursi*) a été donnée par M. Bright. On peut la prescrire de la manière suivante :

℞ Busserole (*uva ursi*)..... 2 à 4 gram. | Eau.................... 500 gram.

Faites bouillir pendant vingt minutes. Édulcorez.

A prendre par tasses dans la journée.

Ou bien :

℞ Poudre de busserole (*uva ursi*)......... 1 à 2 gram.

Divisez en trois paquets. A prendre dans la journée, dans une cuillerée d'eau ou de tisane.

« J'ai vu, dit M. Rayer, l'hydropisie diminuer ou même quelquefois disparaître complétement par l'action diurétique de la tisane de *raifort sauvage*. Plusieurs malades ont refusé de continuer cette boisson, parce qu'ils la trouvaient désagréable et qu'elle leur fatiguait l'estomac. J'en ai vu d'autres qui, malgré la persévérance avec laquelle ils en ont fait usage, n'en ont retiré aucun soulagement. Cependant, de tous les diurétiques, c'est encore celui dont l'usage m'a paru offrir généralement le plus de chance de succès. »

Les diurétiques comptent, comme on le voit, un grand nombre de partisans ; mais le docteur Osborne, que je vais avoir l'occasion de citer plus longuement à propos des diaphorétiques, ne croit pas que ces moyens aient un véritable avantage ; il leur trouve même des inconvénients, en ce qu'ils augmentent la sécrétion de l'albumine par les reins, et tendent à aggraver les lésions de cet organe. Mais M. Christison a répondu en citant un petit nombre de faits dans lesquels les choses ne se sont pas passées de cette manière. Toutefois il n'y a, de part et d'autre, aucune démonstration, et nous attendons encore les recherches qui doivent nous fixer sur l'influence réelle des diurétiques.

Térébenthine ; baumes de Tolu, de copahu ; cantharides. Il faut rapprocher des diurétiques d'autres médicaments qui agissent d'une manière bien connue sur les voies urinaires ; je veux parler de la *térébenthine*, des *baumes de Tolu* et *de copahu*, et surtout des *cantharides*.

Les auteurs s'accordent à dire que la *térébenthine* et les *baumes* que je viens d'indiquer n'ont pas d'effets avantageux. Quant aux *cantharides*, elles ont été d'abord administrées par le docteur Wells, et ensuite essayées par quelques auteurs. M. Wells les a données, sous forme de *teinture*, à une dose très considérable : 30, 50 et 60 gouttes dans les vingt-quatre heures. M. Rayer a administré ce médicament également sous forme de teinture, mais à une bien plus faible dose ; il le prescrit, en effet, de la manière suivante :

(1) Voy. *Ascite*, p. 347.

℞ Émulsion commune ou lait d'amandes............. 30 gram.	Teinture de cantharides..... 1 à 12 gouttes.

Mêlez. A prendre par cuillerées.

Ces deux auteurs ont vu, dans certains cas, l'albumine disparaître de l'urine, et l'hydropisie diminuer ou se dissiper sous l'influence de cette médication, que néanmoins M. Rayer regarde comme fort incertaine. D'un autre côté, M. Blackall a vu quelquefois le coagulum albumineux augmenter dans l'urine des sujets qui faisaient usage de cette substance; et comme tout le monde convient que c'est un remède dangereux, surtout aux doses prescrites par M. Wells, on hésitera sans doute à le mettre en usage, et si on le donne, ce ne sera qu'avec les plus grandes précautions.

Toniques. M. Nonat a obtenu six guérisons sur dix cas, à l'aide du *traitement tonique.* C'est là un des plus beaux résultats qui aient été signalés, et il doit engager le praticien à mettre en usage ce traitement. Je ne puis donc me dispenser d'en rapporter les détails, d'autant plus qu'il ne s'applique pas indifféremment à toutes les époques et à toutes les formes de la maladie, comme on va le voir dans le passage suivant que j'emprunte au compte rendu de la clinique de M. Nonat par M. Aran (1). « Sans doute, lorsque la néphrite est aiguë, lorsqu'on observe tous les caractères d'une congestion active, de la fièvre, de la douleur dans la région lombaire, de la chaleur et de la sécheresse à la peau, etc., il faut débuter par la saignée générale et locale. M. Nonat les pratique quelquefois le même jour; mais une fois cette indication remplie, il s'en abstient et n'y revient jamais. La maladie est-elle, au contraire, chronique dès le début, les sujets sont-ils trop affaiblis ou l'hydropisie trop avancée, la saignée, même locale, ne peut être que dangereuse.

» Mais quand les symptômes réactionnels sont tombés, ou quand ils ne se sont jamais montrés, comme chez le malade qui fait le sujet de la dernière observation, si les organes digestifs sont en bon état, ne convient-il pas de soutenir les forces en administrant *des aliments légers, des bouillons, de l'eau vineuse, même du vin de Bordeaux ou du vin de Bagnols?*

» En même temps que l'indication de soutenir les forces, il s'en présente deux autres : l'une d'obtenir la disparition de la sérosité infiltrée dans le tissu cellulaire ou épanchée dans les cavités séreuses; l'autre de réveiller les fonctions de la peau. Pour remplir la première, les purgatifs, les diurétiques, les ponctions et les mouchetures ont été beaucoup prônés; ils ont trouvé, en revanche, beaucoup de détracteurs. Des premiers on doit être sobre, car on peut éliminer par les voies digestives la sérosité du sang; d'un autre côté, on s'expose à produire la diarrhée, phénomène toujours très difficile à arrêter, et qui a de plus l'inconvénient de s'opposer à l'alimentation. Parmi les diurétiques, ceux seulement qui ne sont pas âcres peuvent être prescrits avec quelque succès : ainsi, les *boissons légèrement nitrées* et le *sirop des cinq racines.* Les ponctions et les mouchetures sont sans doute des moyens palliatifs; et si, dans quelques cas, on les a vues donner lieu à des inflammations des cavités séreuses, ou même à des gangrènes étendues de

(1) *Compte rendu de la clin. de M. Nonat : De la néphrite albumineuse*, etc. (*Union médicale*, septembre 1847, p. 487).

la peau, est-ce une raison pour renoncer à des moyens qui amènent constamment un soulagement immédiat et qui facilitent ainsi l'emploi d'un traitement ultérieur? M. Rayer repousse surtout les ponctions abdominales; mais M. Nonat a remarqué que depuis qu'il emploie la médication tonique les accidents qu'il observait autrefois ne sont pas aussi fréquents. Deux des malades qui ont guéri ont dû certainement leur guérison à ce moyen. Un des malades, qui est couché maintenant à l'hôpital, a été ponctionné deux fois sans accident; c'est seulement dans un cas qu'il y a eu une péritonite mortelle.

» Le rétablissement de la perspiration cutanée a toujours d'autant plus occupé les pathologistes, que c'est le plus souvent au trouble de cette fonction qu'est dû le développement de la maladie. De tous les moyens qui ont été proposés, le seul dont M. Nonat ait retiré avantage, ce sont les *bains de vapeurs*. Encore a-t-il remarqué que c'est une médication très variable dans ses effets, et qui ne doit jamais être mise en usage dans la première période, c'est-à-dire pendant qu'il y a de l'orgasme inflammatoire.

» La médication tonique forme donc la base du traitement que nous avons fait connaître. Mais ce traitement réclame d'assez nombreuses précautions. Il est contre-indiqué par la réaction du système circulatoire et doit être suspendu toutes les fois que cette réaction apparaît. Les aliments doivent être choisis parmi ceux de facile digestion. Puis on passe aux *aliments plus nourrissants*, à la viande rôtie, par exemple. Enfin, on y ajoute des stimulants du système nerveux, des *alcooliques*, *de l'eau vineuse*, *du vin de Bordeaux ou du vin de Bagnols*, à la dose de 30 à 125 grammes. Constamment dans ce traitement il faut suivre l'état du pouls ou l'état des urines. Comme l'accélération du pouls, l'augmentation de l'albumine et la présence du sang doivent faire renoncer aux toniques. Si, au contraire, la quantité d'albumine diminue, c'est une indication précise de continuer la médication tonique et d'en augmenter la dose. »

Diaphorétiques. On a dû nécessairement avoir recours aux diaphorétiques dans une maladie dont l'hydropisie est un des principaux caractères. Le docteur Osborne (1) a surtout insisté sur l'utilité de ces médications, qu'il place bien au-dessus des diurétiques.

On peut mettre en usage, comme dans la forme aiguë, les *bains de vapeurs* ou de *fumigations*, en même temps qu'on donne à l'intérieur des tisanes chaudes et excitantes, comme l'infusion de *bourrache* et de *sureau*, etc. Souvent on se contente de prescrire une simple infusion de thé, à laquelle on ajoute quelques gouttes d'*acétate d'ammoniaque ;* mais il serait inutile d'insister longuement sur une médication qu'il est si facile de diriger. Disons seulement que, parmi les diaphorétiques cités par les auteurs anglais, il en est deux auxquels ils accordent une assez grande confiance: c'est la *poudre de Dower* et la *poudre de James*.

Purgatifs. On emploie plus souvent, dans la forme chronique que dans la forme aiguë, les purgatifs énergiques; mais nous avons vu que, dans certains cas, et surtout dans ceux où la maladie est compliquée de tubercules pulmonaires, on peut déterminer par cette médication un dévoiement qu'il est ensuite difficile d'arrêter. On doit donc n'y avoir recours qu'avec prudence, et s'arrêter dès que l'on voit les selles devenir trop fréquentes.

(1) *On dropsie connect. with sup. persp. and coag. urine ;* London, 1835.

M. Martin-Solon a vu l'hydropisie disparaître complétement dans un cas où il a prescrit les pilules suivantes :

℞ Aloès............ Gomme-gutte.....	ââ 0,05 gram.	Extrait d'ellébore........	0,05 gram.
		Résine de jalap..........	0,10 gram.

F. s. a. des pilules semblables, dont on donne 2 ou 3 par jour.

Les auteurs anglais conseillent généralement l'usage du *calomel* à la dose de 30, 40 et 50 centigrammes par jour ; mais, dans cette administration, on doit surveiller attentivement l'état de la bouche.

M. Martin-Solon a encore employé d'autres purgatifs, parmi lesquels il faut d'abord citer l'*huile d'épurge* (1). Ce médicament, qu'il a administré depuis la dose de 1 gramme 35 centigrammes jusqu'à celle de 4 et 6 grammes, a eu de très bons effets dans plusieurs cas rapportés par cet observateur ; mais, dans d'autres aussi, en continuant trop longtemps son administration, on a produit une irritation assez vive de la muqueuse intestinale, qui a paru hâter la mort. On voit par là avec quelle prudence ces remèdes doivent être maniés.

On a eu encore recours aux eaux *de Sedlitz, de Pullna*, à la *racine de sureau*, et à un bon nombre de purgatifs qui n'ont rien de particulier, et qu'il est par conséquent inutile d'indiquer ici, parce qu'il sera toujours facile d'en trouver qui répondent à l'action que l'on veut produire. En général, et c'est ce qu'il est le plus important de constater, les auteurs s'accordent à dire que, lorsque la maladie est arrivée à un degré avancé, ces purgatifs n'ont pas d'avantages réels, et peuvent avoir de graves inconvénients.

Les *vomitifs* ont été bien plus rarement administrés. Quelquefois, et M. Martin-Solon en a cité deux exemples, on a eu recours aux *émélo-cathartiques*, mais sans en avoir retiré d'avantages évidents.

Cependant M. le docteur Garcia y Alvarez (2) a vu un cas de maladie de Bright, chez un homme de quarante-huit ans, guérir sous l'influence du *tartre stibié* pris à la dose de 0,05 centigrammes, tous les jours pendant huit jours. La guérison aura-t-elle été définitive ?

Acide nitrique. M. le docteur Haussen (3) rapporte que sur dix-huit cas d'albuminurie, il n'a perdu que deux malades en employant le moyen suivant :

℞ Potion gommeuse.... 150 à 250 gram.	Acide nitrique......... 4 à 15 gram.

A prendre dans les vingt-quatre heures.

Il serait important de savoir si, dans tous ces cas où les urines étaient albumineuses, il y avait une maladie de Bright.

M. Forget (4) a traité deux sujets de la même manière ; l'un d'eux a guéri, l'autre a succombé.

On se demande encore si les guérisons ont été définitives. On sait, en effet, que, quelque traitement que l'on emploie, les symptômes de la maladie de Bright peuvent disparaître pour se reproduire ensuite.

M. le docteur Labus (5) a cité un cas de guérison d'une albuminurie par l'usage

(1) *Bulletin thérapeutique*, t. VIII.
(2) *El telegrapho medico*, 1847.
(3) *Gaz. des hop.*, février 1840.
(4) *Bull. gén. de thér.*, janvier 1847, t. XXXII, p. 5 et suiv.
(5) *Gazella med. di Milano*, 1846.

de l'acide nitrique à la dose de 4 grammes dans 750 grammes d'eau, avec sirop de gomme et mucilage, Il y avait chez le malade des vomissements opiniâtres et un dépérissement marqué. L'usage de l'acide nitrique fut continué pendant plus d'un mois. Y avait-il réellement une maladie de Bright?

Moyens divers. Viennent ensuite un certain nombre d'autres moyens plus ou moins préconisés; ce sont les *mercuriaux*, mis en usage principalement en Angleterre; les *ferrugineux*, dont il est si facile de diriger l'administration, et qui conviennent dans presque tous les cas où la maladie dure depuis un certain temps; les *frictions excitantes* sur la peau, les *cautères*, les *sétons*, les *moxas* appliqués à la région des lombes; en un mot, les divers moyens capables de faire cesser la faiblesse considérable des malades, de combattre l'état séreux du sang, d'exciter la peau, en même temps que, par les médicaments donnés à l'intérieur, on cherche à déterminer une transpiration abondante, ou bien qu'on ouvre des fonticules qui déterminent une révulsion puissante et continue.

Malheureusement la maladie se montre presque toujours rebelle, et, d'un autre côté, nous n'avons pas de relevé exact d'un nombre suffisant d'observations pour nous prononcer sur la valeur de ces médicaments. Cependant le docteur Osborne a cité vingt-sept guérisons sur trente-six cas obtenus par une médication composée qui consiste dans l'emploi simultané ou successif des saignées, des ventouses, des purgatifs, des sudorifiques, des vésicatoires, et de quelques autres moyens par lesquels il cherche à déterminer la diaphorèse. Ce résultat serait on ne peut plus satisfaisant si, comme le fait remarquer M. Rayer, on ne trouvait, dans les faits cités par M. Osborne, un nombre considérable de cas appartenant à la forme aiguë, dans laquelle on obtient presque toujours la guérison.

Régime; soins hygiéniques. Le régime ne doit pas être sévère comme dans la forme aiguë; le plus souvent, au contraire, le médecin doit prescrire une nourriture assez solide et assez abondante: car, ainsi que nous l'avons vu à l'article des causes, bien des sujets ont contracté la maladie dans des conditions extrêmement défavorables sous ce rapport. Ainsi, on n'hésitera pas, chez des individus qui, pendant longtemps, ont eu une nourriture malsaine et insuffisante, à conseiller des *viandes rôties*, un peu de *vin pur*, en un mot, un régime analeptique qui viendra en aide aux médicaments toniques prescrits en pareil cas. Toutefois, lorsqu'il survient des exacerbations, on doit, comme dans la forme aiguë, persister pendant quelque temps dans une diète assez sévère.

Le malade doit avoir une chambre sèche et maintenue à une température un peu élevée; il doit se *couvrir le corps de flanelle*, se faire pratiquer des *frictions sèches*, en un mot, éviter, par tous les moyens possibles, le froid humide, qui devient d'autant plus nuisible pour lui, que la maladie a fait de plus grands progrès.

Résumé; ordonnances. Nous venons de voir que les documents sur lesquels nous avons dû établir le traitement de la maladie de Bright manquent, en général, de la précision et de l'exactitude désirables. Les moyens qui, d'après les données que nous possédons, paraissent avoir la plus grande valeur, sont, dans la forme aiguë, les diaphorétiques et les purgatifs, et dans la forme chronique, les diurétiques, les diaphorétiques, les toniques, le régime et les soins hygiéniques.

(1) *Lond. med. Gaz.*, février 1847.

Ire Ordonnance.

DANS UN CAS DE MALADIE DE BRIGHT A FORME AIGUË, CHEZ UN ADULTE ASSEZ VIGOUREUX.

1° Pour tisane, infusion de bourrache ou de sureau.

2° Une saignée de deux ou trois cents grammes, répétée si le cas l'exige, mais avec prudence ; ventouses scarifiées ou sangsues sur la région lombaire.

3° Une demi-bouteille d'eau de Sedlitz, ou seulement un verre tous les matins. Dans le cas où ce purgatif ne suffirait pas, prescrire l'huile de ricin, d'épurge, ou bien le jalap, la gomme-gutte (*voy.* p. 447).

4° Un bain simple tous les soirs ; dans la journée une fumigation de baies de genièvre (*voy.* p. 441).

5° Si la transpiration ne se rétablit pas, un bain de vapeur tous les deux jours, ou même tous les jours si les forces le permettent.

6° Se couvrir le corps de flanelle ; diète sévère tant que dure l'état fébrile ; donner ensuite promptement au malade des aliments substantiels.

IIe Ordonnance.

DANS UN CAS DE MALADIE DE BRIGHT A FORME CHRONIQUE SANS COMPLICATION.

1° Pour tisane, infusion d'*uva ursi* (*voy.* p. 444).

2° Quelques sangsues aux lombes ou à l'anus, dans les paroxysmes. (Ce moyen ne doit être employé qu'avec beaucoup de prudence.)

3° Diurétiques : oxymel scillitique, digitale, etc., etc.

4° Diaphorétiques : poudre de Dower, de James, etc. ; fumigations, bains de vapeur, etc.

5° Toniques ; ferrugineux.

6° Régime analeptique, sauf dans les cas de complication et dans les moments de paroxysme ; se couvrir la peau de flanelle, etc.

Plusieurs auteurs ont exposé longuement le traitement des diverses complications que l'on observe si fréquemment dans la maladie de Bright. Il me serait par conséquent très facile d'indiquer ici tout ce qui concerne ces diverses complications ; mais il est aisé de voir qu'il n'y aurait pas une grande utilité. La maladie se complique, en effet, de diverses phlegmasies des organes thoraciques ou intestinaux, ou bien de maladies chroniques, comme les tubercules, les affections du cœur et du foie ; mais rien ne nous a appris qu'il y ait des médicaments spéciaux applicables aux cas particuliers dont il s'agit ici : il suffit de diriger contre ces affections le traitement ordinaire, en ayant soin seulement de le modérer suivant l'état des forces du malade.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Forme aiguë.* Émissions sanguines ; diurétiques ; purgatifs ; diaphorétiques ; bains ; régime ; soins hygiéniques.

2° *Forme chronique.* Émissions sanguines, diurétiques ; térébenthine ; baumes de Tolu, de copahu, etc. ; cantharides ; diaphorétiques ; purgatifs ; vomitifs ; mercuriaux ; acide nitrique ; toniques ; ferrugineux ; révulsifs ; exutoires ; régime ; soins hygiéniques.

ARTICLE VII.

HYPERTROPHIE, ATROPHIE DES REINS.

Je ne cite ici ces deux lésions des reins que pour mémoire, car, quelques efforts que l'on ait faits pour reconnaître quels sont les symptômes qui leur appartiennent, on n'est arrivé à aucun résultat positif. Je dirai seulement que l'atrophie et l'hypertrophie des reins sont quelquefois congénitales, mais bien plus souvent accidentelles, c'est-à-dire déterminées par des affections particulières. M. Rayer se contente de dire que l'exagération de la sécrétion de l'urine paraît être l'effet de l'hypertrophie des reins. Quant à l'atrophie, comme elle ne porte ordinairement que sur un seul de ces organes, et que l'autre acquiert un développement proportionnel, il en résulte que l'on ne peut avoir aucune idée de cet état des reins chez l'homme vivant.

ARTICLE VIII.

CANCER, TUBERCULES DES REINS.

Les reins ne peuvent pas être rangés parmi les organes le plus fréquemment affectés de cancer et même de tubercules. Il est fort rare que leur substance devienne cancéreuse autrement que par l'extension d'un cancer développé primitivement dans les parties voisines; et quant aux tubercules, on peut dire qu'il n'est pas un seul exemple authentique de cette production morbide occupant exclusivement le rein. Lorsqu'on en trouve dans cet organe, c'est qu'il y en a ordinairement une grande quantité dans presque toutes les autres parties du corps. Les deux affections dont il s'agit ici sont au-dessus des ressources de l'art; elles se montrent rarement; il suffira donc de les décrire en très peu de mots.

1° *Cancer*. — *Causes*. « Le cancer des reins, dit M. Rayer, attaque de préférence le *sexe masculin*, l'*âge mûr* et *la vieillesse*. » On l'a observé quelquefois néanmoins chez des individus jeunes, et même chez les enfants. M. le docteur Obre (1) a observé un cas de cancer des deux reins chez *un enfant de treize mois*. Les tumeurs énormes et remplissant l'abdomen étaient de nature encéphaloïde. Dans ce cas, il n'y eut pas d'hématurie. On a trouvé ce cancer plus fréquemment à droite qu'à gauche.

Symptômes. En général, l'affection n'est pas douloureuse, surtout dans les premiers temps de la maladie. Cependant on a noté quelquefois les *douleurs* lancinantes du cancer. Au bout d'un temps plus ou moins long, il survient, dans quelques cas, une *tumeur* ordinairement bosselée et dure entre la dernière côte et l'os coxal: cette tumeur est quelquefois douloureuse à la pression.

L'*hématurie* est un des principaux symptômes du cancer. Elle est souvent assez considérable pour produire des caillots volumineux, surtout dans les premiers temps. Plus tard on n'observe que des urines sanguinolentes, ou semblables à de la lavure de chair. Le sang peut se coaguler dans la vessie ou dans l'urètre; de là l'excrétion de caillots vermiculaires ou de dépôts de sang corrompu et fétide dans l'urine.

Si l'on joint à ces symptômes l'amaigrissement, la couleur jaune-paille, l'affai-

(1) *London med. Gaz.*, février 1847.

blissement, les dérangements gastro-intestinaux, en un mot les symptômes qui appartiennent à tous les cancers, et ceux des autres affections cancéreuses qui existent presque constamment chez le même sujet, on aura tout ce qu'il importe de savoir sur la symptomatologie du cancer rénal.

Le *diagnostic* peut être très difficile, attendu qu'assez souvent l'affection ne s'annonce par aucun symptôme bien tranché, qu'il n'y a pas même de la douleur, et que, dans les cas où la douleur existe, on peut la rapporter à d'autres affections, et principalement au lumbago.

Le signe le plus important est sans contredit l'hématurie, non qu'il ne soit commun à plusieurs autres affections, mais parce qu'il présente quelques caractères particuliers. Lorsque l'hématurie est due au cancer, elle survient soit dans un état de santé satisfaisant et sans qu'aucune altération des voies urinaires soit venue faire connaître l'imminence de l'hémorrhagie, soit après un temps plus ou moins long pendant lequel le malade a éprouvé des douleurs rénales; ces deux circonstances doivent être soigneusement notées, car, dans le premier cas, on doit soupçonner que les choses se passent comme dans les cas de cancer de l'utérus, que nous verrons débuter fréquemment par une métrorrhagie, et dans le second, on devra croire à l'existence du cancer, si les douleurs rénales n'ont pas été accompagnées de l'expulsion de quelques graviers ou des signes de la néphrite aiguë ou chronique. Si l'on voyait survenir une tumeur d'un des reins, on ne pourrait plus guère conserver de doutes, et le diagnostic serait plus positif encore s'il y avait un cancer dans un autre organe.

N'oublions pas toutefois que, dans certains cas, l'hématurie peut avoir lieu sans lésions appréciables, comme nous le verrons plus loin, et reconnaissons que dans ces cas le diagnostic est bien difficile. Les complications si fréquentes qu'on observe dans cette affection le rendent même assez souvent impossible.

Les *lésions anatomiques* du cancer des reins ont été étudiées avec le plus grand soin; mais pour nous il suffit de les indiquer très rapidement. C'est la forme *encéphaloïde* qu'on observe ordinairement; on trouve aussi dans les reins le *fongus hématode*, et parfois le véritable *squirrhe*. Le siége de l'affection est ordinairement la substance corticale; rarement le bassinet se trouve atteint. Du reste, l'étendue de la lésion est très variable suivant les cas. La production morbide peut en effet n'avoir que le volume d'une noisette et occuper un ou plusieurs points de la substance rénale, et, dans certains cas, on l'a vue envahir toute cette substance, de telle sorte que le rein est transformé en une tumeur bosselée souvent très considérable et occupant une grande étendue de l'abdomen. On a vu aussi cet organe converti en une sorte de détritus dans plusieurs points. Les organes voisins sont alors soit primitivement, soit consécutivement altérés; et enfin on trouve les lésions propres aux complications signalées plus haut.

La maladie se termine toujours par la mort. Le *traitement* ne peut, par conséquent, être que palliatif et dirigé contre les principaux symptômes. Ainsi on combattra l'*hématurie* par les *astringents* et les *réfrigérants*, si la perte de sang est très abondante; on dirigera contre la *faiblesse* et l'*anémie* les *toniques*, une nourriture succulente et les *ferrugineux;* on calmera les *douleurs* par les *narcotiques* et principalement par l'*opium*, qu'il ne faudra pas craindre de porter à des doses assez élevées. Quant aux autres moyens, tels que les *exutoires* sur la région des lombes,

la ciguë, etc., il n'est nullement prouvé, ainsi que le fait remarquer M. Rayer, qu'ils aient des avantages réels.

2° *Tubercules.* J'ai dit plus haut qu'il n'existe pas un seul fait authentique qui prouve que des tubercules puissent se développer dans les reins sans qu'il en existe dans les poumons. C'est un fait qu'on peut facilement vérifier en ayant recours, non aux assertions des auteurs, mais aux observations. Il en résulte que cette lésion des reins doit être rangée parmi les lésions secondaires, et n'a qu'un intérêt médiocre pour la pratique.

Contentons-nous donc de dire que les tubercules des reins échappent presque toujours à l'observation pendant la vie ; que néanmoins, dans quelques cas, on a trouvé dans les urines des grumeaux de matière tuberculeuse, ce qui annonce que le bassinet est envahi par la production morbide ; que ce symptôme est le seul qui puisse faire soupçonner la dégénération tuberculeuse des reins, mais qu'avant de se prononcer il faut examiner avec beaucoup de soin les autres organes urinaires (la vessie, la prostate), qui pourraient bien être la source de la matière tuberculeuse trouvée dans les urines.

M. Rayer a vu des reins presque entièrement convertis en matière tuberculeuse ; ces cas sont très rares. Ordinairement on trouve des tubercules disséminés ou infiltrés dans la surface rénale. M. Louis a vu, dans un cas, une infiltration de matière grise demi-transparente, mais jamais de granulations de la même matière.

Tout *traitement* est évidemment impuissant contre cette lésion.

On trouve aussi dans les reins de la *matière mélanique* sous différentes formes ; mais comme cette production morbide n'est connue que sous le point de vue de l'anatomie pathologique, il est inutile d'en parler ici.

ARTICLE IX.

KYSTES SIMPLES DES REINS.

Il ne faut pas confondre, comme on l'a fait souvent, les kystes simples des reins avec les hydatides ou acéphalocystes. Les premiers ne présentent, en effet, que de simples poches remplies d'un liquide, tandis que les autres ont les caractères des vers vésiculaires que nous avons décrits déjà dans plusieurs organes, et notamment dans le foie.

Il n'est pas très rare de trouver des kystes simples dans les reins. Nous ne savons rien sur les *causes* qui les produisent.

Symptômes. Quant aux *symptômes*, voici ce qui résulte de l'examen des observations citées par M. Rayer. Tant que la maladie n'a pas acquis un très grand développement, rien ne peut faire soupçonner l'existence des kystes simples des reins. Dans le cas contraire, la maladie peut non seulement faire éprouver de la *gêne* dans la région lombaire par suite du grand accroissement de l'organe, mais encore une véritable *douleur*, du moins si l'on s'en rapporte à un des faits publiés (1). Le sujet de l'observation eut en effet plusieurs attaques de douleurs rénales vives, à des intervalles variables, et l'on ne trouva ni dans l'excrétion de l'urine, ni dans les lésions de l'organe, après la mort, aucune cause de colique néphrétique autre que le développement des kystes.

(1) *Journal de médecine*, par Corvisart, Leroux et Boyer, an XI.

L'accroissement de volume des reins peut donner lieu à une *tumeur* appréciable par la palpation ; mais ce n'est pas là le cas le plus fréquent. Cependant on voit, dans un cas emprunté par M. Rayer à un journal allemand (1), que la tuméfaction était assez considérable pour faire soupçonner une grossesse.

Les caractères de l'*urine* n'ont pas été suffisamment étudiés. Chez un des sujets précédemment cités, l'urine était copieuse et aqueuse. Il arrive quelquefois qu'elle est purulente ; c'est qu'alors un ou plusieurs kystes se sont enflammés, ont suppuré et se sont vidés dans le bassinet.

Des troubles des *voies digestives* peuvent survenir. Ceux qui ont été bien observés étaient dus principalement à la compression exercée par le rein tuméfié sur l'estomac, et surtout sur sa portion pylorique : ce sont des difficultés de la digestion, de la gêne épigastrique, des vomissements.

Il est encore des symptômes très importants à noter : ce sont ceux qui se manifestent du côté du *cerveau*. Dans les divers cas cités et qui se sont terminés par la mort, on a vu survenir pendant un temps variable, mais ordinairement court, avant le terme fatal, la somnolence, le coma, la perte de l'intelligence et même le délire. Dans quelques cas, il est vrai, on pourrait croire que ces symptômes appartiennent à d'autres maladies graves qui existaient concurremment avec la lésion rénale ; mais il en est plusieurs où celle-ci se montrait seule. Je citerai particulièrement celui qui a été communiqué à M. Rayer par M. Béhier (2).

Terminaison. On voit par là que les kystes des reins peuvent par eux-mêmes causer la mort. En pareil cas, la dégénérescence est complète. Dans les cas les plus ordinaires, les malades sont enlevés par une autre maladie, et la lésion des reins n'a aucune importance, si ce n'est sous le rapport de l'anatomie pathologique.

Lésions anatomiques. Les kystes occupent de préférence la substance corticale des reins ; on en a trouvé dans le tissu cellulaire des vaisseaux rénaux et dans la substance tubuleuse. Ils sont arrondis, à moins d'être comprimés ; ils ont des parois minces, lisses à l'intérieur, et contiennent soit de la sérosité transparente, ce qui est le cas le plus ordinaire, soit une matière gélatiniforme ou d'apparence muqueuse. M. Rayer a cité des cas où la matière contenue dans les kystes ressemblait au cristallin, ou bien n'était autre chose que de la cholestérine, comme l'a démontré l'analyse. Enfin, lorsque l'inflammation s'est emparée d'un ou de plusieurs kystes, on les trouve remplis de sanie puriforme ou de véritable pus (3).

Pronostic. Si l'on parvenait à diagnostiquer les kystes simples dans les reins, on ne devrait pas hésiter à porter un *pronostic* fâcheux, puisque, comme nous l'avons vu plus haut, le diagnostic ne peut être établi que lorsque la maladie est parvenue presque à son dernier terme.

Traitement. « Les *préparations iodées*, dit M. Rayer, ont été plusieurs fois employées avec succès contre la *dégénérescence enkystée des ovaires* ; mais la dégénérescence enkystée des reins est un mal sans remède, lorsqu'elle est arrivée au point où elle peut être reconnue ou soupçonnée pendant la vie. » Il suit de là que les préparations iodées peuvent être mises en usage comme *traitement*, mais qu'on ne doit guère compter sur leurs bons effets.

(1) *Mitth. aus dem Gebiete der gesamm. Heilk.*
(2) Voy. *Traité des maladies des reins*, t. III, p. 519.
(3) *Voy.*, pour plus de détails, RAYER, vol. III, p. 507 et suiv.

ARTICLE X.

HYDATIDES DES REINS, OU KYSTES ACÉPHALOCYSTIQUES.

§ I. — Définition ; fréquence.

Voici la *définition* des kystes acéphalocystiques des reins, telle que l'a donnée M. Rayer : « Les kystes acéphalocystiques des reins sont des poches développées dans l'épaisseur de ces organes, ordinairement tapissées intérieurement par une matière jaunâtre, et qui contiennent une ou plusieurs vessies, libres, non adhérentes, à parois blanches, semi-transparentes, élastiques, tremblantes sous le doigt, et remplies d'un liquide clair et ténu. » Il faut ajouter, d'après les recherches de M. Livois, que ces vessies renferment des échinocoques.

Les acéphalocystes sont très rares chez l'homme, et si l'on en trouve dans les auteurs un assez grand nombre d'exemples, c'est que les cas qui se sont présentés à l'observation ont en général été publiés avec empressement.

§ II. — Causes.

Les causes des kystes acéphalocystiques des reins sont très peu connues. « Plusieurs fois, dit M. Rayer, ils *ont paru* se développer à la suite de *chutes* ou de *contusions* sur les lombes. » Ce n'est que par analogie, et en appliquant à l'homme ce que l'on a observé chez le mouton, qu'on peut penser qu'une *mauvaise nourriture*, le *froid* et l'*humidité*, favorisent le développement de cette maladie.

§ III. — Symptômes.

Il faut que les acéphalocystes aient un certain développement pour déterminer des phénomènes appréciables. C'est donc là une de ces maladies dont le *début* est latent, et qui restent à cet état pendant un temps plus ou moins long.

Lorsque les kystes acéphalocystiques ont acquis un développement considérable ou sont très nombreux, les accidents qu'ils occasionnent sont très différents, ainsi que M. Rayer le fait remarquer avec juste raison, suivant que ces productions morbides sont intactes au milieu de la substance rénale, ou qu'elles se sont frayé un passage dans les conduits urinaires.

Quand les kystes sont intacts, ils ne donnent lieu qu'à des symptômes peu intenses et peu remarquables. Ce n'est pas une véritable *douleur*, mais la simple gêne qui suit la distension des organes, qu'on observe dans la région lombaire. Cependant il peut arriver, comme dans les acéphalocystes du foie, que les kystes s'enflamment et occasionnent de cette manière une véritable douleur, sans que pour cela ils se soient ouverts dans les conduits urinaires. Nous verrons plus loin quels sont les accidents qui sont ordinairement la suite de cette inflammation.

Par suite du grand nombre ou du grand développement des acéphalocystes, il peut survenir une *tumeur* appréciable par la *palpation* et ordinairement douloureuse ; mais il est rare qu'en pareille circonstance il n'y ait pas une inflammation de la substance rénale et un abcès consécutif ; nous y reviendrons.

On n'a rien remarqué du côté de la *sécrétion urinaire ;* ce qui tient sans doute a ce que presque jamais les acéphalocystes ne se montrent dans les deux reins, et que le rein sain, redoublant d'activité, suffit à maintenir cette sécrétion à l'état normal. Toutefois il faut reconnaître que la maladie n'a pas été étudiée suffisamment sous ce rapport.

Quand les kystes se rompent dans les conduits urinaires, on observe des symptômes remarquables. Cette rupture est précédée d'une *douleur rénale* plus ou moins vive et de plus ou moins longue durée, qui résulte du travail incessant que détermine vers le bassinet le développement du kyste. Alors aussi l'organe est souvent gonflé de manière à être facilement reconnu par la *palpation* convenablement pratiquée. La *pression* augmente la douleur d'une manière très notable ; c'est du moins ce qui avait lieu dans plusieurs des cas cités par les auteurs.

On a dit que la *percussion* pouvait être très utile, en déterminant dans la tumeur le *bruit hydatique* (1), caractéristique de la lésion qui nous occupe ; mais on a raisonné par analogie, car je n'ai pas vu d'exemple de l'application de ce procédé d'exploration aux tumeurs hydatiques des reins. La percussion doit assurément être pratiquée, car la production de ce bruit serait utile au diagnostic ; mais il ne faudrait pas s'attendre à le produire infailliblement, puisque, dans des cas de tumeurs hydatiques développées dans d'autres organes, nous avons vu que la percussion était souvent impuissante.

Les phénomènes survenus dans l'*excrétion de l'urine* sont, sans contredit, les plus importants. Après une durée plus ou moins longue des symptômes précédents, on observe l'*expulsion des acéphalocystes* qu'on retrouve dans l'urine. Cette expulsion se fait de deux manières très différentes : quelquefois elle a lieu *sans douleur*, ce qui est fort rare, surtout à la *première attaque*, dans laquelle se produisent la perforation des parois du bassinet et l'irruption des hydatides dans le conduit urinaire, ce qui occasionne ordinairement les accidents de la *colique néphrétique*. Lorsqu'au contraire il y a déjà communication du foyer acéphalocystique avec la cavité du bassinet, on conçoit très bien que les hydatides peuvent entrer facilement dans cette cavité, et de là s'échapper, sans accident, au dehors, si elles ne sont pas trop grosses et si les conduits sont suffisamment larges. Cette émission d'hydatides sans douleur réelle a été observée presque uniquement chez les femmes. J'ai montré, il y a quelques années, à la Société anatomique (2) un grand nombre d'hydatides rendues par une femme de trente-cinq à trente-six ans qui n'éprouvait aucune douleur en urinant, quoiqu'à chaque émission on trouvât dans l'urine, pendant les attaques, jusqu'à douze et treize hydatides de la grosseur d'une noisette à une petite noix.

D'autres causes peuvent encore donner lieu à la *colique néphrétique* dans les cas d'hydatides expulsées par les urines. Ces corps trop volumineux peuvent être arrêtés dans l'uretère qu'ils traversent péniblement et lentement, ou bien dans le canal de l'urètre, surtout s'il existe un rétrécissement. Ce sont alors des douleurs vives dans le trajet des conduits, l'ischurie, la rétraction des testicules, l'engourdissement de la cuisse, les hoquets, les nausées, les vomissements, en un mot, je le répète, les symptômes de la colique néphrétique que je décrirai longuement dans un des articles suivants, et qu'il serait par conséquent inutile d'indiquer ici avec de plus grands détails.

Les *acéphalocystes contenus dans l'urine* sont souvent très nombreux. J'en ai cité plus haut un exemple, et l'on en trouve de semblables dans les auteurs. Un

(1) Voy. *Hydatides du foie*.
(2) *Bulletin de la Société anatomique*.

des plus remarquables est celui qui a été rapporté par M. Weitenkapf (1); le sujet rendait en effet chaque fois jusqu'à cinquante ou soixante hydatides. Quelquefois il n'y en a qu'une seule à chaque émission.

Leur *volume* varie entre celui d'un pois et celui d'une noix, du moins on n'a pas cité d'exemple d'hydatide plus volumineuse rendue par les urines. Les plus grosses sont ordinairement vides et opaques. C'est un indice qu'elles étaient déjà malades ou qu'elles ont été crevées, depuis un temps assez long, dans leur passage à travers les conduits urinaires. Il n'est pourtant pas sans exemple que des acéphalocystes de la grosseur d'une noix aient été rendus vivants, et par conséquent pleins. C'est ce qu'on observait dans le cas cité par M. Weitenkapf, et que je viens de mentionner. On a peine à comprendre au premier abord, sans doute, comment des corps aussi volumineux peuvent franchir l'uretère et l'urètre; mais il faut se rappeler que ces vers sont élastiques, qu'ils s'allongent facilement, qu'ils peuvent par là perdre une très grande partie de leur diamètre, et l'on conçoit que, la dilatation des conduits aidant, leur expulsion ait lieu sans trop de difficulté. N'oublions pas d'ailleurs les accidents de colique néphrétique qui accompagnent si fréquemment cette expulsion. Les petites hydatides sont rendues entières, à moins que l'inflammation ne les ait détruites dans le kyste. On les voit dans l'urine, arrondies, blanches, demi-transparentes, élastiques, et si on les examine au microscope, on leur trouve les caractères signalés par M. Livois (2).

L'*urine* contient en outre des matières qui décèlent l'inflammation préalable à la perforation des conduits urinaires. On y a trouvé du *sang* après les douleurs violentes, une *sanie* putride et enfin du *pus*. Il en résulte des dépôts plus ou moins abondants, facilement reconnaissables à leur aspect, et qu'on distingue bien mieux encore à l'aide du microscope qui fait voir les globules sanguins et purulents.

Les phénomènes qui viennent d'être décrits ne se produisent pas d'une manière continue. Ordinairement après un, deux ou trois jours, les urines cessent de contenir des acéphalocystes, et les symptômes que nous avons dit appartenir aux hydatides restées intactes dans la substance rénale persistent seuls. Ce sont la *gène dans la région lombaire*, un *malaise général*, une *tristesse* plus ou moins grande et un *dépérissement lent*. Il faut y joindre, dans un assez bon nombre de cas, la présence d'une *matière sanieuse et purulente dans l'urine*, parce que si le foyer cesse de verser des acéphalocystes, il rejette néanmoins le produit purulent de la sécrétion de ses parois. Quelquefois cependant tous les symptômes disparaissent et le malade semble revenir à la santé, lorsqu'au bout d'un temps variable, et qui peut n'être pas plus long que quinze jours ou un mois, les accidents reparaissent et des acéphalocystes sont de nouveau rejetés par les urines.

Kystes hydatiques s'ouvrant à l'extérieur. Dans quelques cas, les choses se passent différemment, et l'on observe des phénomènes semblables à ceux que nous avons décrits à propos des hydatides du foie, lorsque le foyer hydatique s'ouvre au dehors. Le travail de perforation que nous avons vu se faire vers le bassinet, se fait vers la surface du rein. En pareil cas, l'inflammation est ordinairement considérable; elle gagne bientôt les membranes rénales et le tissu cellu-

(1) *Provin. Sanitaets-berichte*, etc., 1835.
(2) Voy. *Hydatides du foie*.

laire abondant qui recouvre l'organe en arrière. La *douleur* devient vive et continue ; elle est ordinairement pulsative, comme dans tous les cas où il existe une inflammation suppurative. Bientôt le point de la région lombaire correspondant à l'affection devient tuméfié, pâteux, d'une rougeur obscure. Les limites de ces altérations ne sont pas bien circonscrites, et enfin on finit parfois par sentir un fluctuation profonde, mais l'empâtement œdémateux peut être le seul signe auquel on puisse reconnaître la formation du pus. On trouve deux exemples des plus remarquables de ces *abcès acéphalocystiques* dans l'ouvrage de M. Rayer (t. III) qui les a extraits de la *Bibliothèque médicale* (1). Dans le premier de ces deux cas, rapporté par le docteur Jannin, chirurgien à Vallières, l'ouverture du foyer ayant été pratiquée à l'aide de l'instrument tranchant, il en sortit une multitude d'hydatides ; dans le second, l'ouverture se fit spontanément après plusieurs années de douleur et de gonflement lombaires.

Les *symptômes généraux* qui accompagnent cette inflammation du foyer et cette suppuration des reins ne sont pas toujours aussi intenses qu'on pourrait le supposer. Dans les deux cas qui viennent d'être cités, à peine y a-t-il eu, en effet, un peu de dérangement de la santé, même après l'ouverture de la tumeur. Cependant il est plus ordinaire d'observer le mouvement fébrile qui accompagne les suppurations considérables.

Nous avons vu plus haut (2) par quels symptômes *se termine la maladie* dans les cas où la dégénération complète des reins cause la mort. Dans ceux où les hydatides sont rejetées au dehors, soit par les urines, soit en se frayant un passage à travers les parois lombaires, on voit ordinairement, après l'expulsion d'une quantité plus ou moins grande de ces vers, tous les symptômes s'amender. La gêne de la région rénale, et la tumeur, s'il en existait une appréciable, diminuent sensiblement ; les urines sont plus faciles ; ou bien la suppuration de la plaie extérieure diminue, n'est plus sanieuse, et ne contient plus d'hydatides ; l'appetit, la gaieté, les forces reviennent, et le malade guérit promptement. Cette amélioration est ordinairement beaucoup plus marquée, dès son début, que celle qui survient dans l'intervalle des attaques, dans les cas d'expulsion des hydatides par les urines, ce qui peut faire reconnaître qu'on n'a plus à craindre d'accidents graves. On conçoit cependant qu'il n'y a rien de positif dans cette induction, puisque, comme je l'ai fait remarquer, il peut arriver que tout phénomène morbide disparaisse, quoiqu'il se prépare, pour un temps plus ou moins éloigné, une nouvelle expulsion d'acéphalocystes par les voies urinaires.

Quelquefois on a vu *la tumeur s'enflammer sans s'ouvrir* ni dans le bassinet, ni à la surface externe du rein ; des symptômes plus ou moins intenses (douleur, fièvre, etc.) se produire, puis diminuer, disparaître au bout d'un temps plus ou moins long, et tout rentrer dans l'ordre. En pareil cas, le kyste se rétrécit peu à peu, et finit par s'oblitérer. On a vu aussi des sujets présenter pendant un temps variable des douleurs rénales peu intenses et mal caractérisées qui ont fini par se dissiper ; il est probable que, dans un certain nombre de ces cas, il a existé des kystes hydatiques qui se sont terminés par ces incrustations calcaires que j'indiquerai plus loin.

(1) 1805, t. X ; 1811, t. XLIII.
(2) *Kystes simples des reins*, p. 153.

Enfin, on a cité des cas où le foyer hydatique s'est ouvert dans d'autres voies pour se porter à l'extérieur (dans l'intestin, l'estomac, et même les voies respiratoires). Il se passe, dans ces cas exceptionnels, ce que nous avons déjà plusieurs fois signalé dans les abcès du foie, de la rate, etc., et qu'il serait, par conséquent, inutile de reproduire ici.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison de la maladie.

La marche de la maladie est ordinairement très lente. Dans les premiers temps, il est impossible de la suivre, puisque la lésion ne donne lieu à aucun symptôme. Lorsque les sujets succombent, les hydatides étant restées intactes dans la substance rénale, la marche de la maladie devient bien plus rapide vers la fin, à l'époque où l'on a pu parvenir à diagnostiquer le mal, ou du moins à le soupçonner. Dans les cas où les hydatides sont rejetées au dehors par les urines, la marche de l'affection est remarquable par ces espèces d'attaques que j'ai maintes fois signalées. Dans ceux où le foyer s'ouvre au dehors par les parois lombaires, la marche devient aiguë pendant la période de suppuration ; puis, lorsque l'ouverture est faite, il y a une suppuration prolongée. Enfin, dans les cas de perforation faisant communiquer le foyer avec une autre cavité que celle du rein, on peut observer des phénomènes intermittents analogues à ceux que j'ai décrits à propos de l'ouverture dans les conduits urinaires.

La maladie peut durer des années entières. Les faits que nous connaissons prouvent que cette *durée* est toujours très longue.

Nous avons vu que la *terminaison* était fatale dans quelques cas où les hydatides ne trouvant pas d'issue au dehors, et envahissant tout l'organe, la sécrétion urinaire devait être extrêmement gênée. Dans les cas, au contraire, où ces vers sont rejetés, soit par les voies urinaires, soit par une ouverture des lombes, la guérison est très fréquente, du moins si l'on s'en rapporte aux cas que nous connaissons. Je ne prétends pas néanmoins donner cette conclusion comme très positive ; car il serait fort possible que beaucoup de cas de non-guérison n'eussent pas été publiés, tandis qu'on s'est empressé de faire connaître ceux qui ont eu une heureuse issue ; je voulais seulement faire remarquer que la terminaison par guérison, dans les cas particuliers dont il s'agit, n'est pas aussi rare que le dit Boyer (1).

§ V. — Lésions anatomiques.

On ne trouve ordinairement de kystes acéphalocystiques que dans un seul des deux reins ; et, comme le fait remarquer M. Rayer, « dans la cavité du kyste, les acéphalocystes sont presque toujours multiples. » Voici comment le même auteur décrit d'une manière générale la poche rénale qui constitue le kyste. « Elle est formée 1° par les substances rénales atrophiées et anémiques, visibles et distinctes encore dans quelques points, et, en quelques autres, réduites à une simple trame celluleuse, infiltrée çà et là d'une matière jaunâtre accidentelle, et formant une sorte de membrane grisâtre à l'extérieur et jaunâtre à la coupe ; 2° par un véritable kyste à parois fermes et fibreuses, dont la surface interne, un peu inégale et jaunâtre, offre, par places, des brides celluleuses plus denses que les parois, avec des enfoncements, les uns larges et profonds, les autres plus petits et digitiformes.

» En contact avec cette surface, mais sans aucune adhérence avec elle, on trouve (lorsqu'il ne s'est opéré aucun travail de désorganisation dans l'intérieur du kyste

(1) *Traité des malad. chirurg.*, 4e édit., t. VIII, p. 541.

une grande poche molle et membraneuse, dont les parois sont formées d'une substance particulière, diaphane, semblable à du blanc d'œuf médiocrement cuit, ou mieux à du blanc d'œuf coagulé par la potasse caustique. Cette substance, très élastique, peut s'allonger jusqu'à un certain point sans se rompre, et alors, abandonnée à elle-même, elle offre un tremblotement remarquable.

» Quelquefois légèrement jaunâtre, cette substance est ordinairement blanchâtre, avec une teinte bleue légère ; mais quelle qu'en soit la couleur à la lumière réfléchie, cette matière est constamment d'une belle couleur jaune-citron à la lumière réfractée. Cette poche membraneuse (*acéphalocyste mère* de quelques auteurs) peut être séparée en plusieurs lames, comme si elle était composée de couches superposées. »

On voit par cette description que les kystes acéphalocystiques des reins ne diffèrent pas de ceux que nous avons trouvés dans d'autres organes. Il en est de même des hydatides qu'ils renferment. On y trouve ces vers en nombre souvent fort grand et de diverses grosseurs. Saines, les hydatides sont arrondies, très élastiques ; altérées par l'inflammation, elles sont vides, flétries, nageant dans le pus. On voit, en outre, les adhérences avec le bassinet qui précèdent la perforation ; parfois un retrait du kyste, qui le rend irrégulier. Parfois aussi ce kyste s'encroûte d'une matière crétacée, qui s'empare également de la place qu'occupaient les acéphalocystes, et ceux-ci sont plus ou moins complétement détruits. Il ne faut pas confondre l'incrustation crétacée avec les granules qu'on observe dans les parois du kyste non altéré.

Je n'insiste pas davantage sur ces altérations qui ne nous offriraient pas de nouvelles considérations importantes. Je dirai seulement que tantôt on trouve de petits kystes isolés, tantôt une réunion de plusieurs kystes, et que parfois le rein en est rempli, d'où résulte une déformation très considérable et une grande augmentation du volume de cet organe.

§ VI. — Diagnostic.

Le diagnostic de cette affection est extrêmement difficile jusqu'au moment où les hydatides sont rejetées à l'extérieur par une voie quelconque. L'existence d'une tumeur avec gêne dans la région lombaire est loin de suffire pour faire reconnaître la présence des kystes acéphalocystiques. Cependant s'il n'y a eu ni douleur dans les membres inférieurs, ni rétraction du testicule, ni mouvement fébrile, comme dans la néphrite ; ni hématurie, comme dans le cancer ; ni colique néphrétique, comme dans les calculs rénaux, il est permis de soupçonner l'existence de kystes dans les reins ; mais il ne faut pas oublier que des *kystes simples* peuvent avoir leur siége dans cet organe, et si des hydatides n'ont pas été rejetées, on ne peut se prononcer d'une manière précise sur la nature de l'affection.

Lorsque la tumeur occupe le rein droit, on peut croire à l'existence de *kystes acéphalocystiques du foie*. Il faut tenir compte, en pareil cas, du siége de la tumeur, qui est plus inférieur et plus postérieur dans les hydatides des reins, et de l'absence ou de l'existence de l'ictère.

Quand des acéphalocystes sont rendus avec l'urine, on peut se demander encore si ces corps ne viendraient pas d'un foyer voisin de la vessie et ouvert dans cet organe. La douleur préalable des lombes, la palpation de la région lombaire, et

pour contre-épreuve celle de l'hypogastre, fourniront les lumières qui dirigeront le médecin dans son diagnostic.

Enfin, lorsqu'il se forme à la région lombaire une tumeur fluctuante, on peut se demander s'il s'agit d'hydatides ou d'un *abcès* dû à une simple inflammation des reins. Mais, si l'on n'a pas oublié que les abcès des reins sont presque constamment causés par la présence des calculs rénaux, on verra qu'il est difficile de tomber dans l'erreur à ce sujet. La colique néphrétique causée plus ou moins fréquemment par les calculs, l'expulsion des graviers par les urines, suffiront pour éloigner l'idée d'un abcès produit par une inflammation simple.

Il ne faudrait pourtant pas conclure, de ce que je viens de dire, que je regarde le diagnostic des acéphalocystes des reins comme bien établi, même dans les cas que je viens de déterminer. Les observations que nous possédons ne sont pas assez nombreuses pour nous permettre de lever les nombreuses difficultés qui l'entourent. J'ai voulu seulement faire connaître les principales données d'après lesquelles on pourra porter son jugement.

Pronostic. On a vu plus haut, à propos de la terminaison de la maladie, que je ne regardais pas le pronostic comme aussi défavorable qu'il paraît l'être d'après plusieurs auteurs, et en particulier d'après Boyer. M. Rayer, en étudiant les faits, est arrivé à la même conséquence. Voici comment il s'exprime à ce sujet : « A en juger par la marche de la maladie dans la plupart des cas de kystes acéphalocystiques des reins qui ont été publiés jusqu'à ce jour, le pronostic de ces espèces de tumeurs serait généralement moins grave que celui des tumeurs rénales formées à la suite des pyélites. Chose remarquable, les kystes acéphalocystiques des reins ont comme les kystes acéphalocystiques qui se développent dans les autres organes, une grande tendance à s'enflammer, à se perforer et à revenir sur eux-mêmes lorsqu'ils se sont complétement vidés. Aussi les exemples de guérison des tumeurs rénales, après l'évacuation d'hydatides par les voies urinaires, ne sont-ils pas très rares. Mais, dans un cas donné, on ne peut préjuger l'époque à laquelle une semblable évacuation aura lieu. »

Il résulte de tout cela que l'évacuation des hydatides, soit par les urines, soit, comme on peut s'en convaincre en se rappelant les faits cités plus haut, par une ouverture à la région lombaire, est, toutes choses égales d'ailleurs, la circonstance qui doit rendre le pronostic le moins grave.

§ VII. — Traitement.

Il faut d'abord établir, avec M. Rayer, une division essentielle pour le traitement. Celui-ci, en effet, est différent suivant que les kystes sont *intacts*, *enflammés*, *ouverts dans le bassinet*, *près de s'ouvrir*, ou bien *ouverts à l'extérieur* à travers les parois lombaires. Disons comment on doit agir dans ces diverses circonstances.

1° *Lorsque la tumeur est intacte et qu'il n'existe pas encore d'inflammation* à la surface du rein et dans le tissu environnant, les auteurs sont d'avis de n'employer aucun moyen bien actif, et l'on peut ajouter que cette recommandation est généralement inutile, attendu que souvent le diagnostic ne peut pas être porté, ou qu'on n'est consulté par le malade qu'à l'époque où les hydatides sont expulsées par les urines ou ont occasionné l'inflammation des parties environnantes. Cependant

on a proposé quelques moyens qui pourraient s'appliquer aux cas où l'on soupçonnerait la présence des acéphalocystes dans les reins.

Un des principaux est la *térébenthine*. Le docteur Moreau, médecin à Vitry-le-Français, a rapporté un cas (1) cité ensuite par M. Rayer, et dans lequel on a cru pouvoir attribuer la guérison à la térébenthine. Mais il ne s'agit pas, dans cette observation, d'une tumeur restée intacte, puisque le malade avait rejeté des hydatides avec les urines. Toutefois on ferait facilement l'application du remède aux tumeurs qui ne sont pas rompues, si l'on pouvait voir dans ce fait autre chose qu'une coïncidence. Mais un seul fait n'est-il pas entièrement insuffisant lorsque nous savons que la simple expulsion des hydatides par les voies urinaires est souvent suivie de guérison? Et cette expulsion n'eût-elle pas même eu lieu, on ne pourrait encore attribuer d'une manière absolue la guérison à l'usage de la térébenthine, puisqu'il est avéré que des tumeurs hydatiques peuvent, sans se rompre, se flétrir, s'incruster, se remplir de matière crétacée, s'atrophier, et finir par se cicatriser ou par ne plus former qu'un noyau inerte, dont l'innocuité est constatée par l'expérience. Qu'il nous suffise donc de savoir que le docteur Moreau a donné l'*huile essentielle de térébenthine à la dose de* 80 *centigrammes chaque jour en quatre prises*.

On peut voir dans l'article que j'ai consacré aux *hydatides du foie* les divers moyens internes dirigés contre ces vers vésiculaires et les réflexions que j'ai présentées à l'occasion de ce traitement. On en fera facilement l'application aux hydatides des reins. Je me borne ici à énumérer ces moyens : ce sont les *désobstruants*, les *fondants*, les *purgatifs*, les *vomitifs*, le *calomel*, divers *anthelmintiques*, l'*eau de mer*, les *préparations d'iode*. Voici comment Boyer juge cette médication : « Les vermifuges, dit-il, et le mercure lui-même que M. le professeur Baumes regarde comme doué de la propriété de détruire les vers vésiculaires, ou du moins de favoriser leur expulsion, sont des remèdes sur l'efficacité desquels on doit peu compter; cependant on peut y avoir recours lorsque rien n'en contre-indique l'usage. »

On trouve, il est vrai, parmi les faits cités par M. Rayer, une observation de M. Aulagnier (2) dans laquelle l'auteur paraît attribuer au traitement mercuriel l'expulsion des hydatides; mais nous savons que la perforation du bassinet et l'issue des acéphalocystes par cette voie sont un fait fréquent dans les cas où aucun traitement mercuriel n'a été prescrit, et rien, dans l'observation, ne prouve que ce traitement ait réellement favorisé la sortie des vers vésiculaires.

On n'a jamais, comme dans les *hydatides du foie*, pratiqué l'*ouverture de la tumeur*, dans des cas où elle n'avait pas encore occasionné une inflammation suppurative de la surface du rein et des parties adjacentes. Cependant on conçoit que si le diagnostic présentait, dans un cas donné, une assez grande certitude, on pourrait recourir à cette opération, afin de soustraire le malade aux chances de quelques accidents, comme ceux de la *colique néphrétique* causée par le passage de grosses hydatides dans les conduits urinaires, ou comme la rupture du kyste dans le péritoine, ce qui heureusement est fort rare. Les réflexions présentées à ce sujet par M. Rayer sont trop importantes pour que je puisse m'empêcher de les reproduire. « Si, dit-il, la tumeur enkystée est *intacte*, et qu'on soit parvenu à

(1) *Bibliothèque médicale*, septembre 1820.
(2) Extraite du *Journal génér. de médecine*, t. LVI, 1816.

bien constater qu'elle est formée par un kyste acéphalocystique, on pourrait *l'ouvrir à l'aide d'une incision et des caustiques*, comme il a été indiqué à l'occasion des tumeurs formées à la suite de la pyélite; mais il est généralement préférable d'attendre que la tumeur s'ouvre spontanément dans le bassinet et les calices. Je n'ai jamais, il est vrai, eu l'occasion d'ouvrir ainsi un semblable kyste développé dans les reins; cette pratique a été appliquée avec un succès incontestable aux kystes acéphalocystiques du foie, et certaines objections faites contre la néphrotomie pratiquée dans le but d'extraire un calcul ne sont pas applicables aux kystes acéphalocystiques des reins. Ainsi le kyste est presque toujours, sinon toujours, unique; il est voisin de la surface du rein; l'inflammation en est plutôt salutaire que fâcheuse, etc., et l'opération offrirait par elle-même peu de danger, à moins que le malade n'eût un très grand embonpoint. »

Ces raisons semblent militer en faveur de l'opération; mais M. Rayer termine en répétant qu'il vaut mieux, en général, attendre l'ouverture dans le bassinet, en sorte que la question est encore en litige et ne pourra être résolue que par l'expérience, ou du moins qu'il faut regarder l'opération comme applicable seulement à des cas particuliers qu'il est bien difficile de préciser ici. Quant au procédé opératoire, j'en parlerai au sujet de la *pyélite calculeuse*.

Dans le cas où la tumeur, quoique n'ayant encore subi aucune rupture, a déterminé l'inflammation du tissu qui environne le rein, on peut plus hardiment tenter l'opération; mais on ne doit pas hésiter à y avoir recours lorsqu'il s'est formé un véritable *abcès* reconnaissable à la fluctuation profonde ou du moins à l'empâtement œdémateux de la surface lombaire correspondant à la tumeur. C'est à l'*incision* qu'il faut avoir recours, comme dans les abcès ordinaires; mais comme il s'agit d'un foyer situé souvent très profondément, on ne doit pas faire tout d'un coup une incision qui pénétrerait jusqu'à la poche hydatique; il vaut mieux, après avoir divisé les couches superficielles, explorer avec le doigt les couches profondes, de manière à rechercher toujours la fluctuation avant de les diviser successivement. Le fait rapporté par le docteur Jannin est un exemple de l'innocuité de cette opération en pareille circonstance.

Lorsqu'il y a perforation du bassinet et expulsion des hydatides par les voies urinaires, on conseille de favoriser cette expulsion à l'aide des *diurétiques*, et cette pratique est trop simple pour qu'il soit nécessaire d'y insister. Mais nous avons vu plus haut que la difficulté du passage des acéphalocystes par un canal étroit peut donner lieu à certains accidents. Lorsque les hydatides sont arrêtées dans l'uretère, on observe la *colique néphrétique;* il faut alors insister sur les *diurétiques* et prescrire les narcotiques, l'*opium* en particulier, pour calmer les douleurs qui ne cessent complétement qu'après la sortie des vers vésiculaires du conduit trop étroit qu'ils doivent traverser. « Si, dit M. Rayer, un acéphalocyste, *engagé dans l'urètre*, obstruait complétement le canal, on en faciliterait l'expulsion en le déchirant ou en le perçant, comme M. Brachet l'a fait dans un cas. »

Enfin, *si l'ouverture du kyste se faisait dans le péritoine*, on opposerait à la *péritonite suraiguë* qui en serait la conséquence les moyens énergiques qui ont été indiqués à l'occasion de cette maladie (1).

(1) Voy. t. III, *Péritonite par perforation.*

ARTICLE XI.

STRONGLE GÉANT ; SPIROPTÈRE ; DACTYLIUS ACULEATUS.

Strongle géant. Cette espèce de ver, qui se rencontre très rarement, puisque M. Rayer a examiné trois mille reins d'homme et plus de cinq cents reins de chien sans le découvrir, se trouve néanmoins bien plus souvent chez ce dernier animal que chez l'homme. Il a une certaine ressemblance avec l'*ascaride lombricoïde*, avec lequel il a été fréquemment confondu. Voici ses caractères tels qu'ils sont donnés par M. Rayer : « Corps cylindrique, élastique, atténué aux deux extrémités ; queue du mâle terminée par une bourse, du milieu de laquelle sort une verge unique. »

On ne sait rien sur les *causes* de cette production morbide vivante. Quant aux *symptômes*, ils sont ceux de l'inflammation du rein et surtout de l'inflammation du bassinet. Dans les cas cités par les auteurs, les vers étaient ordinairement expulsés avec les urines. Parfois néanmoins ils donnent lieu à l'inflammation de l'organe, qui se communique au tissu environnant, et de là un abcès lombaire, par l'ouverture duquel les vers sont expulsés. Dans quelques cas, et la première observation de M. Rayer (1) empruntée au docteur Moublet (2) en est un exemple bien remarquable, il y a à la fois issue de ces vers par les urines et par un abcès ouvert aux lombes.

Je n'ai pas besoin de décrire les symptômes dans les cas de tumeur inflammatoire. Ils ne paraissent différer de ceux que nous avons trouvés dans les cas analogues d'acéphalocystes, que par la plus grande violence de la douleur. On peut en juger par les exemples suivants :

M. le docteur Aubinais (3) a rapporté un cas de strongle géant observé chez un homme de cinquante-sept ans. Les symptômes furent une douleur rénale brûlante s'irradiant vers la vessie, des vomissements, de la fièvre. Les seuls moyens qui procurèrent du soulagement furent l'opium à haute dose, l'eau distillée de laurier-cerise, l'éther sulfurique et l'essence de térébenthine. Le malade mourut après trois ans de souffrances atroces. A l'autopsie on trouva le rein flasque, irrégulier, bosselé, et contenant un entozoaire encore vivant, rouge, du volume du petit doigt d'un enfant de trois ans, et d'un peu moins de seize pouces de long.

Un autre cas bien remarquable a été observé par M. le docteur Arlaud (4) sur une fille de vingt-six ans. Dans l'espace de deux ans la malade rendit un nombre considérable de ces animaux au milieu d'accidents très variés et de douleurs vives. Plusieurs fois les vers s'arrêtèrent dans le canal de l'urètre, et il fallut les extraire avec la pince de Hunter ou la pince à trois branches. Une fois la pince amena un tube membraneux à parois résistantes que M. Ségalas, rapporteur du mémoire de M. Arlaud, a reconnu pour l'enveloppe membraneuse d'un strongle très volumineux ; enfin, d'autres corps de texture fibreuse et charnue, dont l'un représentait le segment transversal d'un conduit de 4 centimètres de diamètre, et que le rap-

(1) T. III, p. 732.
(2) *Journ. de méd. et de chir.*, juillet 1758.
(3) *Journ. de la Société de méd. de la Loire-Inférieure*, 106e livr., 1846.
(4) *Observation de strongles géants sortis des voies urinaires d'une femme* (*Bulletin de l'Académie de médecine* ; Paris, 1846, t. XI, p. 446).

porteur croit être un débris d'un organe voisin du rein ou du rein lui-même, mais sur lequel il ne se prononce pas définitivement.

Des hématuries fréquentes, des douleurs vives dans la région du rein droit, dans le trajet des uretères, dans la vessie, dans le membre abdominal droit, un état général de souffrance et de dépérissement, avec des alternatives de mieux et de plus mal, des phénomènes nerveux variés, sont les principaux symptômes que présentait la malade.

Quant aux cas où les strongles sont rejetés par les urines, leur entrée dans l'uretère peut occasionner les accidents de la *colique néphrétique*.

Le *traitement* du strongle qui ne donne pas lieu à la formation des abcès doit être cherché dans les moyens *anthelmintiques* que j'ai déjà indiqués (1). Les *abcès* causés par ces vers doivent être ouverts comme ceux qui résultent des acéphalocystes. Enfin *quand les entozoaires s'arrêtent dans le canal de l'urètre*, il faut les *extraire* avec la pince de Hunter ou la pince à trois branches, comme l'a fait M. Arlaud.

On a trouvé d'autres vers dans l'urine de l'homme. Ce sont le *spiroptère* (2) et le *dactylius aculeatus* (3). Mais il est plus que douteux que ces entozoaires vinssent des reins; M. Rayer doute même que les corps décrits sous le nom de spiroptères soient des vers; enfin, nous n'avons nécessairement que des données fort insuffisantes sur les symptômes que ces entozoaires peuvent produire: ce sont autant de motifs qui m'engagent à passer outre.

M. Rayer, qui n'a voulu négliger aucune des conditions anormales où se trouvent les reins, a en outre parlé du *déplacement de ces organes*, de l'*absence de l'un d'eux*, de leur *fusion*, etc.; mais ces vices congénitaux ne doivent pas nous arrêter dans un traité pratique. Je dirai seulement un mot de la *mobilité des reins*, sur laquelle nous possédions déjà des notions anciennes, mais dont M. Rayer nous a fourni des exemples bien plus précis et plus détaillés que ceux que nous connaissions.

ARTICLE XII.

MOBILITÉ DES REINS.

La mobilité des reins paraît n'avoir guère d'importance pour le praticien qu'en ce qu'elle peut donner lieu à des erreurs de diagnostic. Cependant elle cause des accidents peu graves en apparence, mais sérieux par leur continuité; et, d'un autre côté, il en résulte une tumeur pour laquelle on peut prescrire un traitement nuisible: il faut donc être prévenu, sous peine d'agir d'une manière préjudiciable au malade. En outre, enfin, un bon moyen de contention est une précaution très efficace. Ces raisons m'engagent à présenter intégralement le résumé qui nous a été donné par M. Rayer (4) des cas soumis à son observation.

« En résumé, dit-il, la mobilité des reins constitue un état morbide qui a été peu étudié et qui est beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense communément. Le

(1) Voy. *Vers intestinaux*.

(2) LAWRENCE, *Cas d'une femme qui a rendu un grand nombre de vers par l'urètre* (*Med.-chir. Transact.*; London, 1817, t. II, 3e édit., p. 385.

(3) CURLING, *Case of a girl*, etc. (*Med.-chir. Transact.*, t. XXII, 1839.

(4) *Traité des maladies des reins*; Paris, 1841, t. III, p. 800.

rein droit est presque exclusivement le siége de cette anomalie ; *elle est plus fréquente chez la femme* que chez l'homme.

» *Causes.* Le plus souvent elle coïncide avec une *augmentation de volume du foie*, avec un *déplacement de l'intestin*, ou avec un *déplacement de l'utérus ;* elle peut aussi être la conséquence d'une *disposition particulière du péritoine*, d'une *déviation du rein*, d'une *flexuosité de ses vaisseaux*, etc. Des *grossesses multipliées*, des *efforts* pour porter ou soulever des fardeaux, ont paru, dans quelques cas, être la cause de ce déplacement du rein droit, qui, dans d'autres cas, n'a pu être expliqué.

» *Symptômes.* Une *douleur* dans la région lombaire droite, se propageant quelquefois dans la direction des nerfs lombaires et cruraux, *douleur qu'on peut réveiller* lorsqu'elle est assoupie, en comprimant le rein avec les doigts de la main droite, la main gauche soutenant les lombes en arrière, et *un sentiment habituel de faiblesse et de malaise* dans le bas-ventre, sont les symptômes les plus ordinaires de cette maladie.

» Parfois il s'y joint les phénomènes d'une *péritonite* déterminée probablement par les tiraillements qu'entraîne la mobilité du rein. D'autres fois ce sont comme des *coliques nerveuses* et d'autres accidents analogues à ceux dont se plaignent les hypochondriaques, surtout lorsque les malades, en s'explorant le ventre, y ont rencontré une *tumeur* sur la nature de laquelle ils sont d'autant plus inquiets, que le plus grand nombre des médecins ne la connaissent pas. J'ai déjà dit que deux médecins atteints d'une semblable mobilité du rein droit étaient tombés dans un grand découragement, et que l'un d'eux, effrayé de ce qu'il portait une tumeur dans le ventre, tumeur qu'il croyait être une lésion organique, avait quitté momentanément sa profession.

» *Traitement.* Il est inutile de rappeler que les traitements les plus bizarres et quelquefois les plus douloureux ont été appliqués à ces prétendues tumeurs. L'expérience m'a démontré qu'il suffisait le plus souvent de *maintenir le ventre par une ceinture convenablement appliquée* pour faire cesser ou rendre supportable la douleur occasionnée par un rein mobile. Dans deux cas où cette mobilité coïncidait avec un *abaissement de l'utérus*, le *repos sur un lit horizontal* et l'emploi de *douches sulfureuses en arrosoir* ont été très salutaires.

» Lorsque les douleurs lombaires sont très aiguës, et lorsqu'il existe des symptômes de *péritonite* ou d'*entérite* concomitantes, l'application d'un certain nombre de *sangsues* ou de *ventouses scarifiées*, des *topiques émollients ou narcotiques* et les *bains tièdes* peuvent être momentanément utiles.

» Les exercices du corps, la course, la danse, le saut, l'équitation *sont nuisibles.* La *constipation*, lorsqu'elle existe, doit être combattue par des *laxatifs* pour prévenir les douleurs qu'amènent souvent les efforts de garde-robe. »

CHAPITRE II.

MALADIES DES CONDUITS URINAIRES.

On a vu plus haut les motifs qui m'ont engagé à séparer les affections du tissu propre des reins de celles qui ont leur siége dans les cavités où est versée l'urine.

Ce n'est pas que je regarde cette division comme tout à fait rigoureuse. Je sais bien qu'il est rare que ces diverses parties constituantes d'un même organe ne soient pas atteintes à la fois par la maladie ; mais celle-ci occupant, dans les divers cas, d'une manière presque exclusive une de ces parties, il m'a paru utile pour la clarté des descriptions de ne pas confondre, comme on le faisait anciennement, des affections qui, par cela seul qu'elles ont un siége particulier, ont aussi une gravité et des symptômes très différents, et, ce qui est plus important encore, exigent parfois, dans leur traitement, des moyens spéciaux. Je vais dans ce chapitre faire l'histoire des maladies suivantes : *hémorrhagie rénale ; pyélite aiguë et chronique ; gravelle ; calculs rénaux ; rétention de l'urine dans le rein.* Cette division est semblable, comme on le voit, à celle que j'ai suivie dans la description des *affections des voies biliaires* (1), avec lesquelles celles que je vais décrire ont une si grande analogie. La pyélite correspond, en effet, à l'*inflammation de la vésicule du fiel ;* les calculs rénaux, aux *calculs biliaires*, et la rétention de l'urine dans le rein, à la *rétention de la bile dans la vésicule.*

Dans l'histoire de la pyélite, on trouvera ce qui est relatif à l'inflammation du bassinet causée par la présence des calculs, c'est-à-dire à la *pyélite calculeuse* de M. Rayer et à la *néphrite calculeuse* des auteurs. Après la description des calculs rénaux, je présenterai tout ce qui est relatif aux accidents de la *colique néphrétique*, qui n'est une conséquence ni de la pyélite ni de la néphrite, comme on pourrait le croire si l'on s'en rapportait aux expressions des auteurs, mais qui, comme ces inflammations, est le résultat de l'irritation, de la déchirure, de l'obstruction opérées par des corps étrangers, et principalement par les calculs arrêtés dans la partie supérieure des voies urinaires.

ARTICLE Ier.

HÉMORRHAGIE RÉNALE.

On a, jusqu'à ces derniers temps, décrit sous le nom générique d'*hématurie* toutes les affections dans lesquelles du sang est rendu avec les urines, et un bon nombre d'auteurs se contentent encore de procéder de la même manière, se fondant sur la difficulté incontestable, dans certains cas, de reconnaître quelle est la partie des voies urinaires qui produit le sang excrété. Mais cette difficulté n'est pas insurmontable dans un très grand nombre de cas, et pour la pratique, les signes qui servent à caractériser les hémorrhagies ayant leur siége dans le rein lui-même sont loin d'être indifférents. Il faut donc aujourd'hui cesser d'envisager d'une manière trop générale l'hématurie, symptôme commun à plusieurs affections diverses, et rechercher dans les différents points des voies urinaires la véritable source du sang excrété.

Ce n'est pas, toutefois, qu'on n'ait fait depuis bien longtemps des efforts pour déterminer le siége de l'*hématurie*. Déjà Hippocrate avait cherché la solution de ce problème ; deux de ses aphorismes (2) et quelques passages de ses autres ouvrages en sont la preuve. Après lui Ruffus a cherché à établir la même distinction, et les auteurs des siècles passés, en suivant cet exemple, ont en outre rendu bien

(1) Voy. livre IV, *Affections des annexes des voies digestives*, chap. II, t. III, de cet ouvrage.
(2) *Œuvres complètes*, trad. par Littré ; Paris, 1844, t. IV, sect. IV, aphorismes 78 et 80.

plus complète la description de la maladie. M. Rayer (1) est l'auteur qui, dans ces derniers temps, a étudié avec le plus de soin les hémorrhagies rénales.

Des divisions assez nombreuses ont été proposées pour la description de cette hémorrhagie. Celle de Sauvages ne contient pas moins de onze espèces que je n'indiquerai pas ici, parce qu'il n'y a pas un véritable intérêt à connaître ces distinctions subtiles, fondées sur les circonstances les plus légères, comme le vomissement provoquant le pissement de sang, ou bien la couleur du liquide. Pinel avait proposé la division suivante : *Hématurie constitutionnelle; H. accidentelle; H. succédanée; H. critique; H. symptomatique.* Cette division, à quelques modifications près, est celle qui a été suivie par M. Rayer. Cet auteur admet en effet les trois espèces qui suivent : 1° *Hémorrhagies rénales symptomatiques des lésions des reins*; 2° *Hémorrhagies rénales symptomatiques d'affections générales*; 3° *Hémorrhagies rénales essentielles.* De ces trois espèces, la première correspond à l'hématurie symptomatique de Pinel; la seconde et la troisième à l'hématurie constitutionnelle. L'hématurie critique n'est plus admise aujourd'hui.

Enfin, les auteurs du *Compendium* ont proposé de diviser les *néphrorrhagies* ainsi qu'il suit : 1° *Néphrorrhagie par altération des solides;* 2° *N. par altération du sang;* 3° *N. par simple lésion dynamique;* 4° *N. traumatique.* Comme cette division ne fait que reproduire celle de M. Rayer en des termes moins généralement acceptés et compris, c'est celle de ce dernier auteur qui mérite d'être suivie. Du point de vue dont nous devons envisager l'affection, et d'après le plan de cet ouvrage, nous ne saurions cependant attacher une importance exagérée à cette division ; il nous suffira de rappeler, chemin faisant, ce qu'elle présente de plus important pour la pratique.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

Je donne le nom d'*hémorrhagie rénale* à celle qui, ayant le rein pour siége, a pour principal symptôme l'écoulement du sang avec l'urine. M. Rayer et les auteurs du *Compendium* veulent qu'on entende également par ce mot l'infiltration du sang dans le tissu du rein lui-même ou sous ses membranes, mais j'ai exposé plus haut les raisons qui m'ont porté à décrire séparément cette infiltration sous le nom d'*apoplexie rénale*, et les auteurs que je viens de citer ont été forcés eux-mêmes d'en faire autant dans le cours de leur article, ce qui prouverait que cette division est naturelle, quand même nous n'aurions pas pour le démontrer la différence des causes, des symptômes, de la marche, de la gravité de l'affection dans un nombre considérable de cas.

Cette maladie a été décrite sous les noms de *mictus cruentus; mictio cruenta; sanguinis mictio; hématurie; pissement de sang.* Borsieri (2) donne le nom d'hématurie proprement dite à celle qui a sa source dans le rein. J'ai dit plus haut les raisons qui doivent faire préférer les dénominations d'hémorrhagie rénale ou *néphrorrhagie.*

L'hémorrhagie rénale est loin d'être une maladie rare. Nous verrons plus loin que ses causes sont nombreuses et variées, et il n'est, par conséquent, pas étonnant

(1) *Traité des malad. des reins*, t. III, p. 326 et suiv.
(2) *Inst. med. pract.*, *De mict. cruento.*

que, sans pouvoir être rangée parmi les maladies les plus fréquentes, elle se présente assez souvent à l'observation. Nous verrons aussi que dans nos climats l'hémorrhagie essentielle est rare, tandis qu'elle est fréquente dans un climat particulier : celui de l'île de France.

§ II. — Causes.

Les causes de l'hémorrhagie rénale n'ont pas été exposées d'une manière nette par la plupart des auteurs. Préoccupés de leurs divisions, ils ont, en général, négligé de rechercher les *causes prédisposantes*, que plusieurs se sont contentés d'indiquer d'une manière sommaire. Voyons ce que nous fournit de plus important l'état actuel de la science.

1° Causes prédisposantes.

Age. Suivant Boyer (1), « tous les âges sont sujets à l'*hématurie*, cependant on l'observe plus souvent chez les adultes et les vieillards que chez les jeunes gens »; mais cette proposition n'est pas applicable à une des hémorrhagies rénales les plus curieuses, c'est-à-dire à l'hémorrhagie essentielle qui existe d'une manière *endémique* à l'île de France et dans quelques autres pays. Les docteurs Chapotin (2) et Salesse (3) ont, en effet, constaté que, dès l'âge le plus tendre, un très grand nombre de sujets étaient attaqués de cette hématurie.

Sexe. Il en est de même du sexe. Si, dans nos climats, il est vrai de dire que les hommes sont plus sujets que les femmes à cette affection, parce que les lésions des reins, principale cause de l'hématurie rénale, sont plus communes chez les premiers, il n'en est pas ainsi à l'île Maurice, où l'hématurie est si souvent essentielle.

Constitution ; tempérament. La constitution a été fort peu étudiée. On a dit, il est vrai, que les sujets affectés d'hématurie rénale sont, en général, faibles et d'une constitution détériorée; mais ces sujets ne sont observés qu'à une époque où la maladie des reins et la perte plus ou moins répétée de sang ont débilité l'organisme. Cette constitution acquise ne saurait, par conséquent, être rangée parmi les causes prédisposantes. Quant au tempérament, on s'est borné à dire que le tempérament sanguin et pléthorique prédispose à l'hématurie; mais cette assertion a grand besoin d'être confirmée.

Causes diverses. Viennent ensuite *une vie et une profession sédentaires*, une grande *irritabilité des organes urinaires*, les *excès de boissons alcooliques*, l'*abus des plaisirs vénériens*, les *affections morales vives* (Boyer). Il n'est pas besoin de dire que ce ne sont là que de pures assertions, fondées tout au plus sur des impressions générales. On a encore indiqué, comme ayant une influence marquée sur la production de l'hématurie, l'*âge critique* chez les femmes et une tendance au *flux hémorrhoïdaire* chez les deux sexes.

Saisons ; climats. Nous ne connaissons rien de positif relativement à l'influence des saisons. Quant aux climats, j'ai signalé plus haut la disposition toute particulière des habitants de l'île Maurice (île de France) à être atteints de l'hémorrhagie

(1) *Traité des maladies chirurgicales*, 4e édit., t. IX, p. 92.
(2) *Topogr. méd. de l'île de France*, 1812.
(3) *Diss. sur l'hémat. ou pissement de sang* : Thèse, Paris, 1834.

essentielle des reins. A Pavie, P. Frank a observé un cas d'*urine laiteuse* (1), et nous verrons plus loin que, dans les cas bien étudiés, cette espèce d'urine a été consécutive à une véritable hémorrhagie, ce qui pourrait porter à croire qu'une hématurie essentielle, comme celle de l'île Maurice, avait existé chez le sujet de cette observation. La même réflexion s'applique aux faits cités par les docteurs Sobrini, Simoni, Vallados, Roza, Meirelhes, dont M. Rayer a rapporté les opinions extraites d'un journal brésilien (*Revista fluminense*) ; peut-être aussi, comme le fait remarquer ce dernier auteur, faut-il regarder comme analogues aux faits signalés par les médecins de l'île Maurice et du Brésil ceux dont a parlé Chalmers (2), et qui ont été observés dans la Caroline du Sud.

Enfin, M. Rayer rapproche de ces hémorrhagies essentielles celles qui ont été étudiées dans la haute Égypte et dans la Nubie par le docteur Renoult (3), et que cet auteur attribue aux transpirations excessives, inévitables dans ce climat brûlant.

2° Causes occasionnelles.

Les *contusions*, les *plaies des reins* donnent ordinairement lieu à un écoulement de sang assez abondant par les voies urinaires. Les auteurs en ont cité de nombreux exemples. C'est là l'*hématurie rénale traumatique*.

Il faut rapprocher de ces causes les *efforts violents*, l'*équitation prolongée*, *un voyage dans une voiture rude*. Le docteur Arau (4) a cité des cas où la cause de l'hématurie n'a paru être autre que l'équitation. En pareil cas, c'est à l'ébranlement violent et prolongé éprouvé par les reins qu'on doit attribuer l'hémorrhagie, et, comme on le voit, il y a dans cette cause quelque chose de traumatique. On a vu l'hématurie se produire dans les *efforts de l'accouchement et du vomissement ;* mais il n'est pas certain que, dans un bon nombre des cas de ce genre cités par les auteurs, l'hémorrhagie ait eu réellement sa source dans les reins.

C'est encore par un effet qui peut être considéré comme traumatique, que *des calculs, irritant la surface des bassinets*, la déchirant même, donnent lieu à une hématurie quelquefois assez abondante.

Le passage suivant de M. Rayer fera connaître un certain nombre d'autres influences auxquelles on a attribué l'hématurie rénale. « Je termine, dit cet auteur, en mentionnant simplement certaines causes qui, après avoir agi sur l'organisme, et en particulier sur le sang, déterminent des hématuries presque toujours fort légères. Ainsi on a vu des *individus frappés de la foudre* rendre de l'urine par l'urètre (5). Certains *médicaments âcres*, donnés à grande dose, produisent quelquefois des hématuries. C'est ainsi que les *cantharides* (6) occasionnent des pissements de sang, soit lorsqu'elles sont administrées à l'intérieur d'une manière immodérée, soit, dans quelques cas rares, après l'application de *larges vésicatoires*. Le *baume du*

(1) *Traité de médecine pratique :* Paris, 1842, t. I, p. 394.
(2) *An account of the weather and dis. of South Carolina ;* London, 1776.
(3) *Notice sur l'hémat. qu'éprouvent les Européens dans la haute Égypte et la Nubie* (*Journ. gén. de méd.*, t. XVII).
(4) *Essai sur l'hématurie des militaires à cheval ;* Paris, 1811.
(5) *Gaz. des hôp.*, 1831.
(6) PARÉ, *Œuvres complètes ;* Paris, 1840, t. III, p. 326. — FORESTUS, *Obs. et cur. morb.*, t. II, p. 326.

Pérou paraît être dans le même cas. Par une mauvaise plaisanterie, dit P. Frank (1), on fit prendre à une personne du baume du Pérou pour du chocolat : au bout de quelques heures, il survint une hématurie.

« On a attribué des hématuries à l'usage immodéré de l'*ail* (Forest), des oignons, des asperges et des poireaux ; je n'ai rien vu de semblable.

» Je n'ai jamais observé de véritables hématuries comme effet d'un *empoisonnement saturnin*. Dans un seul cas de *colique saturnine*, que j'ai vu compliqué d'une hématurie, le pissement de sang a diminué graduellement pendant le traitement de la colique ; mais plusieurs fois j'ai remarqué, dans l'empoisonnement saturnin, que l'urine était chargée d'une certaine quantité d'albumine. »

Outre que la véritable influence de la plupart de ces causes est loin d'être bien déterminée, il est une réflexion qui s'applique aux divers cas qui viennent d'être mentionnés : c'est qu'il n'est nullement démontré que les hématuries causées par ces agents eussent leur source dans les reins, et que pour la plupart des cas, au contraire, on peut présumer que le sang provenait de la vessie.

Dans les cas où l'on a vu l'hématurie succéder à l'usage immodéré de *diurétiques* autres que les cantharides, on peut néanmoins admettre que c'est par les reins que leur action s'est fait principalement sentir.

L'usage des *drastiques* a été également classé parmi les causes de l'hématurie.

On a encore cité la *rétrocession de la goutte, du rhumatisme, des dartres*, et même *de la gale* ; mais en examinant les faits, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'on s'est laissé abuser par de simples coïncidences.

Comme dans toutes les hémorrhagies, nous retrouvons ici l'*oubli d'une saignée habituelle*, la *suppression des hémorrhoïdes* et *des menstrues*, ou de tout autre flux *sanguin habituel*. On a cité des exemples de ces différentes causes, et parmi eux on en trouve dans lesquels l'hématurie était *périodique*, comme le flux qu'elle remplaçait (les menstrues principalement). L'hématurie déterminée par ces causes est celle que Pinel a nommée *succédanée*. Notons néanmoins ici que, dans un bon nombre des cas cités, il est permis de croire que le sang venait de la vessie ; mais les auteurs ayant confondu les diverses hémorrhagies des voies urinaires sous le nom d'*hématurie*, il est difficile et souvent même impossible de distinguer les cas.

Il est encore d'autres causes signalées comme déterminantes de l'hémorrhagie rénale ; je vais les indiquer, en étudiant les conditions organiques dans lesquelles se produit cette affection.

3° Conditions organiques.

Nous avons vu plus haut l'hématurie rénale se produire dans les plaies, les contusions, les déchirures des reins. Dans ces cas, l'écoulement de sang par les urines s'explique de lui-même.

Suivant M. Rayer, les *inflammations des reins* et même la *néphrite simple* peuvent donner lieu par elles-mêmes à l'hématurie ; mais il faut se rappeler que cet auteur range parmi les néphrites simples celles qui sont déterminées par la présence des calculs rénaux. C'est dans ces dernières néphrites qu'on observe l'hématurie, et l'irritation, la déchirure de la membrane des bassinets et des uretères rendent

(1) *Traité de médecine pratique*, t. I, p. 533.

compte du pissement de sang aussi bien que les causes précédentes. Mais si l'on examine les faits cités par cet auteur, on n'en trouve pas un seul qui démontre d'une manière satisfaisante que l'hématurie peut être la conséquence de la *néphrite simple spontanée*. On ne pourrait tout au plus alléguer qu'une seule observation citée par Latour (1) ; mais en étudiant ce fait, on voit qu'il est impossible de dire non-seulement s'il y avait inflammation des reins, mais encore si le sang provenait réellement de ces organes. Il s'agit, dans ce cas, d'un sujet qui, vers la fin d'une pneumonie grave, fut pris d'une hématurie assez abondante, à la suite de laquelle les symptômes pectoraux ne tardèrent pas à se calmer et à disparaître. C'est là un exemple d'hématurie regardée comme *critique*, espèce que je n'avais pas encore suffisamment indiquée. On trouvera sans doute qu'avant d'admettre l'existence de ces hématuries critiques, il faudrait avoir des faits plus nombreux et plus concluants.

Nous avons vu plus haut que le *cancer* des reins donne fréquemment lieu à l'hématurie rénale ; on a cité encore les *abcès* et les *ulcères*. Les affections qu'on a désignées sous ce dernier nom ne sont autre chose que la suite des abcès ou de véritables cancers.

M. Rayer (2) a décrit une espèce particulière de pyélite sous le nom de *pyélite hémorrhagique*. Lorsque je traiterai de la pyélite, je reviendrai sur cette espèce.

Les hémorrhagies rénales que je viens d'indiquer sont celles que M. Rayer a rangées dans son second groupe sous le nom d'*hémorrhagies rénales symptomatiques* de lésions des reins, et que les auteurs du *Compendium* ont nommées *néphrorrhagie par altération des solides*, en les joignant, bien entendu, aux blessures, aux plaies, etc. Elles font partie de l'ordre décrit par Pinel et par un bon nombre d'autres auteurs sous le nom d'*hématuries symptomatiques*.

Dans un second groupe, M. Rayer range les *hémorrhagies rénales symptomatiques d'affections générales*. Ces hémorrhagies ne sont donc qu'un simple symptôme d'affections souvent fort graves, et dans lesquelles nous aurons à les étudier avec soin. Mais il est des cas où l'hémorrhagie rénale acquiert une telle violence, qu'elle est l'accident le plus important de la maladie. C'est ainsi que dans le *purpura hæmorrhagica* on a vu des pertes de sang, effrayantes par leur abondance, se faire par les voies urinaires en même temps que par d'autres voies. En pareil cas, l'hémorrhagie réclame du médecin une attention toute particulière.

On voit aussi parfois des hémorrhagies plus ou moins graves survenir dans le cours de certaines *varioles*, ou d'autres *exanthèmes fébriles* de même nature ; dans le cours de la *fièvre jaune*, etc. Je ne fais que mentionner rapidement ces faits, parce qu'en pareil cas l'hématurie n'est qu'un phénomène secondaire qui n'a de véritable importance que dans l'histoire de la maladie dans laquelle elle se produit. La *condition organique* de cette espèce d'hématurie est, suivant les auteurs du *Compendium*, une *altération du sang* constituée par la diminution de la fibrine. Il est certain que, dans les maladies que je viens d'indiquer, et dans plusieurs autres mentionnées par les auteurs, la diminution de la fibrine a été constatée par l'expérience ; mais pour bien fixer notre opinion sur le cas

(1) *Hist. phil. et méd. des hémorrh.*, t. II, p. 84.
(2) T. III, § 869.

particulier qui nous occupe, il serait à désirer qu'une observation très sévère vînt nous apprendre à quelle époque précise de la maladie principale se manifeste l'hématurie, et quel est le rapport de sa fréquence avec le degré de diminution de la fibrine.

Restent enfin ces *hémorrhagies rénales essentielles* que nous avons vues se manifester dans certains climats. On n'a point fait de recherches suffisantes pour découvrir les conditions organiques propres à ces hémorrhagies. On les a, il est vrai, désignées sous le nom d'*hémorrhagies par cause dynamique ;* mais ce n'est là qu'un mot par lequel nous voudrions vainement masquer notre ignorance.

J'ai cru qu'il était utile d'entrer dans quelques détails sur ces conditions organiques, parce que, si nous ne trouvons pas encore dans la plupart d'entre elles des indications précises pour la pratique, on peut prévoir l'époque où, les connaissant mieux, il sera plus facile d'expérimenter les agents thérapeutiques, et l'on aura plus de chances d'arriver à un résultat utile.

§ III. — Symptômes.

On a décrit séparément l'hémorrhagie rénale observée dans nos climats, et celle qui est endémique dans certaines contrées. Celles-ci présentent, sans doute, des particularités qui méritent d'être connues; mais comme ces particularités ne dominent pas toute l'histoire de la maladie, et que j'en ai déjà fait connaître quelques-unes en parlant des *causes*, il suffira de signaler dans le cours de cette description celles qui me restent à mentionner.

Début. Dans les hémorrhagies rénales qui ont pour cause une altération des reins, l'apparition du sang dans l'urine est souvent précédée de douleurs plus ou moins vives dans ces organes. Dans celles, au contraire, qu'on a nommées essentielles, il n'est pas rare de voir la présence du sang dans le liquide urinaire annoncer l'existence de la maladie sans que rien ait pu faire prévoir son début. Quelquefois cependant une pesanteur et un sentiment de chaleur dans la région lombaire, symptômes communs aux diverses hémorrhagies dites *actives*, précèdent de quelques jours le pissement de sang. Chez certains sujets affectés de cancer des reins, l'hématurie est le premier symptôme qui ait fait soupçonner la maladie.

Symptômes. Comme dans toutes les hémorrhagies dans lesquelles le sang est rejeté au dehors, l'écoulement de ce liquide est le symptôme sur lequel doit être presque uniquement fixée l'attention du médecin.

L'*écoulement du sang* est très variable sous le rapport de la quantité, non seulement suivant les cas, mais encore ordinairement aux diverses époques de la maladie. Quelquefois, en effet, le sang est en si petite quantité, qu'on ne le découvre pas dans l'urine au premier aspect, et qu'il faut, pour en démontrer la présence, recourir à des moyens d'exploration qui seront exposés plus loin. Quelquefois, au contraire, la quantité de sang est si énorme que les malades en rendent une ou plusieurs livres dans la journée. Ce sont ces derniers cas qui intéressent principalement le praticien. On les observe principalement chez les sujets affectés d'*hémorrhagie essentielle*, car lorsqu'il existe des lésions organiques évidentes, il est rare que l'hématurie ne soit pas ou faible ou modérée, et lorsqu'il en est ainsi, c'est, comme l'ont fait remarquer tous les auteurs, la maladie organique qui doit fixer l'attention.

Il résulte de cette différence dans la quantité du sang rejeté, une différence extrême dans l'*aspect des urines sanglantes*. Parfois le sang est en si grande proportion, qu'on pourrait croire qu'il est rendu pur; mais cet aspect n'existe qu'au moment même de l'émission, car si on laisse reposer le liquide, on voit se déposer un sédiment formé par le sang, au-dessus duquel se trouve l'urine teinte en rouge plus ou moins foncé. On trouve ordinairement des *caillots* d'un volume variable dans le liquide. Ces caillots sont noirs, d'une fermeté différente suivant les cas. Ils sont parfois très considérables. « Dans les hématuries rénales abondantes, dit M. Rayer, le sang se coagule le plus souvent dans son trajet, soit dans la cavité des uretères, soit dans la vessie. Cette coagulation s'opère de manière qu'un grand nombre de globules sanguins restent enchevêtrés dans les caillots fibrineux, qui, lorsqu'ils sont expulsés au dehors, sont plus souvent noirâtres que décolorés. » Cette dernière proposition nous montre que parfois des caillots fibrineux, *gélatiniformes*, sont rendus par les urines. Lorsque l'hémorrhagie tire à sa fin, et que les urines commencent à devenir limpides, on aperçoit quelquefois encore à l'œil nu, dans le liquide, des *concrétions fibrineuses filiformes*, qui parfois demandent l'emploi du microscope pour être reconnues.

La *forme des caillots sanguins* mérite, dans quelques cas, l'attention du médecin. Il en est qui, arrêtés dans l'uretère ou dans l'urètre, se moulent sur ces conduits et sortent avec une forme allongée qui les fait ressembler à des vers. Il faut être prévenu pour n'être pas exposé à l'erreur et croire à la sortie d'un *ascaride lombricoïde ou d'un strongle*. C'est là ce que Winter, cité par M. Rayer, a nommé *mictus cruentus vermiformis*. Ce dernier auteur ajoute : « On a vu, dit-on, l'urine creuser dans leur partie moyenne ces concrétions qui, devenues tubuleuses, ont permis le passage de l'urine. »

Il peut arriver, comme je l'ai dit plus haut, qu'à la simple vue l'urine ne paraisse contenir ni globules sanguins ni caillots fibrineux, en d'autres termes, qu'elle paraisse naturelle. Si c'était là toute l'hémorrhagie, cette affection n'aurait pas par elle-même un intérêt réel pour le praticien, car ce fait ne se montre que dans des cas où la présence du sang dans l'urine n'est qu'un symptôme d'une affection plus grave qui absorbe l'attention. Mais dans les hématuries sérieuses, il y a certains moments où l'urine redevient limpide ou presque limpide, et il n'est pas indifférent, on le comprendra sans peine, de savoir si toute trace de sang a disparu, ce qui peut faire espérer la guérison, ou s'il en reste encore, quoiqu'en petite quantité, ce qui peut faire craindre un retour de l'hémorrhagie.

« A la vérité, dit M. Rayer, de telles urines ne sont jamais parfaitement transparentes comme l'urine saine, mais quelquefois elles offrent une teinte rosée si douteuse, qu'on ne pourrait affirmer qu'elles contiennent une certaine quantité de sang, ou au moins de ses principaux éléments, si l'*inspection microscopique* ne montrait dans ces urines un certain nombre de globules sanguins. Si l'on remplit un tube long de 5 à 6 pouces et de 10 lignes de diamètre avec ces urines, le petit nombre de globules qu'elles contiennent se précipite au fond du tube, où ils forment un dépôt rougeâtre qui surmonte les autres éléments du sédiment, et notamment le pus, lorsqu'il en existe. Dans ces urines, *toujours plus ou moins chargées d'albumine*, quelquefois il n'y a pas de trace de fibrine coagulée; d'autres fois on y

aperçoit à l'œil nu, et mieux à l'inspection microscopique, des filaments d'apparence fibrineuse.

« . . . . . L'urine sanguinolente *se coagule par la chaleur et précipite par l'acide nitrique*, et elle offre au microscope des *globules* d'un 120e de millimètre environ, lenticulaires, jaunâtres, paraissant avoir un noyau central, se dissolvant immédiatement dans l'acide acétique, insolubles dans l'eau et dans l'acide nitrique. Au bout d'un certain temps, ces globules deviennent irréguliers dans l'urine et quelquefois s'y décolorent. »

Le même auteur a constaté que dans *l'hématurie essentielle endémique de l'île Maurice*, le sédiment était presque entièrement composé de sang, ou au moins de globules sanguins et *d'acide urique cristallisé*, et de plus il a remarqué maintes fois que dans les hémorrhagies rénales dues aux *calculs rénaux* et au *cancer*, l'urine rendue trois heures après le repas était plus chargée de sang qu'à aucune autre heure de la journée.

Il n'est pas rare de voir l'hématurie avoir lieu sans aucune espèce de *douleur* qui lui soit propre. Dans certains cas néanmoins, les douleurs rénales signalées au début de la maladie persistent sans qu'on en trouve d'autre cause que l'hémorrhagie rénale elle-même; et, dans d'autres, les choses se passent d'une manière qui mérite d'être mentionnée particulièrement. Des caillots peuvent s'amasser dans le bassinet, ou, étant trop volumineux pour traverser l'uretère, obstruer ce conduit. La douleur est alors vive et prend les caractères de la *colique néphrétique* qui seront exposés plus loin. C'est surtout dans les cas de ce genre qu'on voit sortir, avec les urines, des caillots remarquables par leur décoloration plus ou moins complète, indice de leur séjour prolongé dans les voies urinaires.

Tels sont les symptômes qu'on peut regarder comme appartenant, d'une manière toute particulière à l'hémorrhagie rénale. Ceux qu'il nous reste à indiquer se trouvent dans toutes les hémorrhagies, et la plupart sont consécutifs.

Chez quelques sujets, l'écoulement de sang par les voies urinaires est précédé d'un sentiment général de plénitude, de somnolence après les repas, de difficulté des digestions, d'une tendance aux palpitations, d'une plénitude du pouls plus ou moins marquée, et l'on a vu ces symptômes se dissiper après une perte de sang un peu abondante. C'est là l'hémorrhagie rénale *par pléthore*, qui ressemble à toutes les hémorrhagies qui se produisent dans les mêmes circonstances, quel que soit leur siége. Les cas de ce genre sont extrêmement rares dans l'hématurie, et l'on peut soupçonner bien des auteurs d'en avoir admis l'existence plutôt d'après des idées théoriques qu'en se fondant sur l'observation. Ces hématuries ont aussi été désignées généralement sous le nom d'*actives*.

Comme dans la plupart des hémorrhagies, l'apparition du sang peut causer une vive émotion aux malades, et de là les *phénomènes nerveux* décrits à propos de *l'hémoptysie*. Mais dans la très grande majorité des cas, l'appréhension est infiniment moins grande que dans le crachement de sang. On a bien plutôt à craindre le découragement, l'abattement, l'hypochondrie, lorsque la perte de sang se répète, et cet état moral peut ajouter encore à la gravité de la maladie.

Lorsque les pertes de sang ont été très abondantes, ou, ce qui est bien plus ordinaire, lorsqu'elles se sont reproduites fréquemment, on voit survenir les sym-

ptômes de l'*anémie* (1). Dans l'*hématurie essentielle endémique*, on voit, si les hémorrhagies sont abondantes et répétées, les sujets pâlir, devenir languissants, et parfois même, chez les enfants, le développement se ralentir. Ces derniers cas sont rares. L'*œdème* peut se présenter chez les sujets rendus anémiques par les hématuries rénales ; mais M. Rayer a remarqué qu'il n'était pas comparable à celui qu'on observe quelquefois dans les hématuries dues au *cancer de la vessie.*

Hématurie rénale interne. Je n'ai parlé, jusqu'à présent, que des cas où le sang est plus ou moins facilement expulsé avec l'urine. Mais il peut arriver, comme dans les autres hémorrhagies qui ont pour siége des organes creux, que ce liquide éprouve un obstacle à sa sortie soit dans l'uretère, soit dans la vessie, et qu'il s'accumule alors dans les parties situées au-dessus de l'obstacle en causant divers accidents.

Je ne connais pas un seul cas dans lequel il soit démontré que l'hémorrhagie rénale interne a eu lieu sans que préalablement il y ait eu écoulement de sang avec les urines. Ordinairement, à une hémorrhagie externe, durant depuis un temps plus ou moins long, succède l'hémorrhagie interne, qui cesse momentanément par l'expulsion d'une assez grande quantité de sang, et se produit ensuite. Une observation recueillie par M. Danyau, et citée par M. Rayer, est un exemple de reproduction répétée de cet accident.

Lorsque l'hémorrhagie devient interne, c'est-à-dire lorsque le sang, cessant de s'écouler avec les urines, s'accumule dans le bassinet, l'uretère ou la vessie, on n'observe pas ces phénomènes terribles de certaines hémorrhagies internes très abondantes, comme celles qui ont lieu dans les intestins ou l'utérus. Cela tient évidemment à ce que les hémorrhagies rénales n'ont presque jamais cette abondance extrême qui rend si promptement funestes celles que je viens de mentionner. Le sang s'accumule avec lenteur dans les voies urinaires, et cause d'abord si peu de dérangement, que l'urine devenant limpide, des sujets ont pu se croire guéris et reprendre leurs occupations.

Mais lorsque ce liquide a distendu la cavité où il se trouve retenu, on observe des symptômes importants à étudier. *Si l'obstacle est à la partie supérieure de l'uretère*, le sang s'accumule dans le bassinet et distend considérablement le rein. Il existe alors une *douleur* persistante dans la région rénale du côté malade; parfois cette douleur s'étend à toute la région lombaire et à la paroi antérieure de l'abdomen. A cette douleur se joint un sentiment marqué de *pesanteur*, et l'affection faisant des progrès, on peut, par la *palpation*, reconnaître l'existence d'une tumeur souvent très volumineuse. Martineau (2), cité par M. Rayer, a pu, en effet, prendre cette tumeur pour une hydropisie, et ayant pratiqué la paracentèse, il a vu s'écouler une énorme quantité de sang qui provenait du rein distendu, comme le prouva l'autopsie.

Si l'obstacle est dans un point de l'uretère plus ou moins voisin de la vessie, les choses se passent de la même manière, sauf que la partie de ce conduit située au-dessus se laisse distendre énormément, et peut, par là, donner une forme et une situation particulières à la tumeur.

Le sang peut *s'accumuler aussi dans la vessie*, et cela sans qu'il y ait même

(1) Voy. article *Anémie*, t. II.
(2) *Med. com.*, vol. IX.

d'autre obstacle que la présence de caillots volumineux qui ne peuvent pas franchir l'urètre. En pareil cas, il y a tantôt rétention d'urine, tantôt issue d'une petite quantité d'urine colorée en rouge par le sang, tantôt même émission d'une urine qui a toutes les apparences de l'état normal. Mais, quels que soient les caractères de ce liquide, on observe toujours une *tension*, une *pesanteur*, souvent même une *douleur* marquée vers l'hypogastre, le périnée, le rectum. Il y a de *fréquentes envies d'uriner*, le malade est en proie à une *anxiété* plus ou moins vive. La *palpation* et la *percussion* de l'abdomen sont alors d'un grand secours ; elles permettent, en effet, de reconnaître, lorsque la quantité du sang et de l'urine accumulés est considérable, la présence, à l'hypogastre, d'une tumeur globuleuse, rénitente, qui s'élève vers l'ombilic, tumeur que nous retrouverons dans la description de la rétention d'urine, où elle sera décrite avec soin.

Un écoulement considérable de sang avec l'urine fait souvent, comme nous l'avons vu plus haut, cesser tous ces accidents ; mais si l'accumulation continue à se faire dans les voies urinaires, le sujet s'*affaiblit* de plus en plus, son *pouls* est faible et accéléré ; la *pâleur*, le *dépérissement* augmentent avec une rapidité ordinairement assez grande, et la mort est sinon causée par cette perte interne, du moins notablement accélérée.

Urine chyleuse. Il faut donner ici la description de cet état particulier de l'urine, parce que, comme je l'ai dit plus haut, il est lié d'une manière évidente à l'hémorrhagie rénale. M. Rayer étant le seul qui l'ait convenablement étudié, je n'ai rien de mieux à faire que de donner un extrait de ses recherches sur ce point.

« En vingt-quatre heures, dit M. Rayer, dans un même jour, les malades rendent le plus souvent deux espèces d'urines : l'une, examinée à l'œil nu et au microscope, offre tous les caractères d'une urine sanguinolente (globules sanguins, caillots fibrineux, albumine) ; l'autre, qui paraît être en général formée quelques heures après la digestion, est d'un rouge pâle, et abandonnée à elle-même, elle se sépare en deux parties, dont l'une inférieure paraît sanguinolente, tandis que l'autre, supérieure, est louche et d'un blanc laiteux ou complétement opaque. Si l'on examine au microscope une certaine quantité de cette urine d'un blanc laiteux, quelquefois on n'y aperçoit ni globules sanguins, ni matière grasse en globules : d'autres fois, au contraire, on y remarque un assez grand nombre de globules jaunâtres, aplatis, tout à fait semblables aux globules sanguins, se dissolvant, comme eux, dans l'acide acétique. Quant à la *matière grasse*, elle ne se présente pas sous forme globuleuse. Je n'ai point observé, non plus, de globules grenus de pus ; mais on pourrait y en rencontrer, s'il y avait une inflammation concomitante des voies urinaires.

» *Si l'on traite par l'éther* une certaine quantité de cette urine chyleuse contenant ou non des globules sanguins, elle devient, au bout de quelques heures, complétement transparente, et l'éther employé, soumis à l'évaporation spontanée sur des verres de montre, y laisse déposer une quantité considérable de matière grasse.

» L'urine ainsi débarrassée de la matière grasse, *traitée par l'acide nitrique et la chaleur*, donne des grumeaux ou un coagulum d'albumine.

» Cette même urine, après la coagulation de l'albumine par la chaleur, filtrée et évaporée à consistance sirupeuse, traitée à froid par l'acide nitrique, donne un magma ou des cristaux de *nitrate d'urée*.

» En examinant cette urine chyleuse comparativement avec un mélange d'urine saine et du chyle rosé recueilli dans le réservoir de Pecquet, chez un cheval, l'analogie de ces deux liqueurs, de l'urine chyleuse artificielle et de l'urine chyleuse de l'homme, m'a paru des plus frappantes. Dans l'un et l'autre de ces liquides, on distinguait des globules qui offraient le caractère des globules sanguins; dans l'un et l'autre, il y avait de l'albumine et une petite quantité de fibrine; enfin tous deux contenaient une quantité considérable de matière grasse.

» Quant aux urines albumino-graisseuses, elles ressemblaient à une urine dans laquelle on aurait ajouté les éléments organiques du chyle, moins ses globules. Cette espèce d'urine chyleuse, considérée dans ses rapports avec le chyle, était évidemment analogue aux urines albumineuses qui dérivent du sang.

» Dans un cas cité plus haut (1), et dans un autre que j'ai rapporté ailleurs (2), il a été constaté que cette espèce d'hématurie, avec urine chyleuse, coïncidait avec une altération particulière du sang dont la constitution se rapprochait beaucoup de celle du chyle du canal thoracique. Des recherches ultérieures prouveront jusqu'à quel point cette liaison, que je crois probable, est constante.

» Plusieurs individus offrant cette urine chyleuse jouissaient en apparence d'une bonne santé : un seul, à ma connaissance, et dont j'ai rapporté l'histoire, était atteint d'une *goutte sereine;* affection tout exceptionnelle, qui ne m'a pas paru avoir de liaison avec l'altération de l'urine et l'altération probable du sang. Deux des malades qui offraient une urine chyleuse étaient sujets à la goutte, et chez tous la coïncidence d'une *gravelle urique* ou d'un *sédiment d'acide urique cristallisé* dans l'urine a été notée. Ce cas, et d'autres cas analogues, dans lesquels certaines dispositions morbides de la constitution se sont manifestées par des formes maladives différentes, et dans des appareils d'organes différents, appartiennent à un ordre de faits que les pathologistes et les thérapeutistes ne peuvent trop méditer. »

Je viens d'exposer les symptômes de l'hématurie rénale, suivant les diverses formes qu'elle peut présenter. Il me resterait maintenant à décrire ceux qui viennent les compliquer dans les divers cas, et qui sont dus aux maladies souvent si graves, dont l'hématurie rénale n'est ordinairement qu'une conséquence. Mais ces symptômes, tout le monde les aura présents à l'esprit quand on se rappellera que l'hématurie rénale est principalement causée par les violences extérieures, les calculs rénaux ou le cancer. J'aurai d'ailleurs occasion d'en dire un mot, lorsque dans le diagnostic je rechercherai la cause organique du pissement de sang.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est très variable, suivant les cas. Cependant on peut, d'une manière générale, dire que le caractère de l'hématurie rénale est de se produire à des intervalles plus ou moins longs. Les alternatives d'apparition et de cessation de l'hémorrhagie se renouvellent ordinairement un grand nombre de fois, surtout dans les affections organiques chroniques, comme le *cancer du rein*.

Les auteurs ont rapporté plusieurs faits où, comme je l'ai dit plus haut, l'hé-

(1) *Traité des malad. des reins*, t. III, obs. XVIII.

(2) *Recherch. sur les urines chyleuses, laiteuses et huileuses observées en Europe* (Journ. l'Expérience, p. 1, p. 657).

morrhagie rénale était *succédanée* d'autres flux sanguins dont le caractère est de se produire périodiquement ou presque périodiquement, comme les *menstrues* et certaines *hémorrhoïdes*. En pareil cas l'hématurie rénale est *périodique*, comme le flux qu'elle remplace. Il faut remarquer toutefois que, dans un bon nombre de cas cités comme exemples de cette hématurie succédanée, il n'est nullement certain que l'hémorrhagie eût sa source dans les reins.

L'hématurie *essentielle*, et principalement l'hématurie rénale *endémique* de l'île de France, se montre bien plus fréquemment que toute autre d'une manière continue et *chronique*. Mais encore faut-il dire qu'il y a dans l'abond nce du sang trouvé dans les urines des variations qui se produisent non seulement à divers intervalles, mais encore journellement, et qui sont parfois très considérables. On n'a point fait de recherches suffisantes pour savoir à quelle période des diverses maladies qui lui donnent lieu cette hémorrhagie est plus ou moins abondante.

La *durée* de l'hémorrhagie est indéterminée dans la plupart des cas. Dans les affections organiques des reins, elle peut se prolonger jusqu'aux derniers jours de l'existence, qu'elle contribue à abréger. Lorsqu'elle est causée par des calculs, elle cesse si ces corps étrangers cessent eux-mêmes d'irriter les parties qui les renferment, mais c'est ordinairement pour se reproduire aussitôt que cette irritation recommence.

Dans l'*hématurie endémique*, la durée peut être de plusieurs années, et parfois l'hémorrhagie est suivie d'une excrétion d'urine chyleuse, ce qui peut être considéré comme la continuation de l'hémorrhagie, sous une autre forme.

Le caractère de l'hématurie rénale critique est de ne durer qu'un très court espace de temps : quelques jours, ou même quelques heures. Mais nous avons vu plus haut combien l'existence même de cette espèce est douteuse.

Il faut encore établir les mêmes distinctions lorsqu'on recherche la *terminaison* de la maladie. L'hématurie rénale symptomatique d'une affection organique peut, comme nous l'avons vu, donner la mort par elle-même; mais ordinairement elle ne fait que hâter la terminaison fatale due à la maladie principale, en jetant les malades dans un dépérissement rapide. On a vu quelques hématuries disparaître pour ne plus revenir : ce sont surtout celles qu'on a attribuées à la pléthore, et qu'on a désignées principalement sous le nom d'hématuries *actives;* mais, dans les cas cités, le sang provenait-il réellement des reins?

Il est rare que l'*hématurie endémique* se termine par la mort. Ou bien la maladie, qui s'est développée dans l'enfance, cesse après une ou plusieurs années de durée, ou bien elle se transforme en *flux chyleux* qui peut persister jusqu'à un âge avancé.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques ne doivent pas nous occuper longtemps. Lorsque le sang a trouvé une libre issue, on ne voit dans les reins qu'une simple congestion dans quelques cas ; dans d'autres, ce sont des ecchymoses à la surface de ces cavités, ou bien un cancer, des calculs; ou enfin, comme dans plusieurs cas d'hémorrhagies essentielles, on ne trouve pas ces organes altérés d'une manière notable.

Parfois on trouve du sang accumulé dans le bassinet. C'est qu'alors il existe un

obstacle au cours de ce liquide, ce que l'autopsie fait reconnaître : c'est un calcul, un acéphalocyste, un simple caillot volumineux engagé dans l'uretère sans pouvoir le franchir, une tumeur comprimant ce conduit, etc. Si l'obstacle est situé dans un point inférieur de l'uretère, on trouve en outre toute la partie supérieure de ce conduit dilatée à un très haut degré. Enfin, on peut voir du sang en caillots accumulé dans la vessie.

Lorsque le sang s'est accumulé lentement dans le bassinet, il est ordinairement noirâtre et fluide, ou ne présente qu'une quantité proportionnelle de caillots peu considérable ; il est parfois comme décomposé et fétide. Si l'accumulation s'est faite rapidement, les caillots sont beaucoup plus abondants.

La distension du rein, par le sang accumulé dans son intérieur, est quelquefois extrême, comme nous l'avons vu plus haut. Ce fait ne s'est présenté que lorsque l'hémorrhagie interne s'est effectuée lentement. On trouve alors l'organe aminci et transformé en une vaste poche qui occupe une grande partie de l'abdomen.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Dans les cas où le sang s'écoule librement au dehors et avec une certaine abondance, rien n'est évidemment plus facile que de reconnaître l'hématurie. Mais l'hémorrhagie provient-elle des reins? c'est là où commence la difficulté.

Et d'abord on peut se demander si le sang n'a pas sa source dans un des *uretères*. Les cas sont très rares où ces conduits sont le siége d'une hémorrhagie. Cependant on en a cité des exemples, et M. Rayer en a rapporté de remarquables. Disons tout de suite que la question est insoluble dans l'état actuel de la science, et que lorsque l'hémorrhagie des uretères s'est présentée à l'observation, il a été impossible de lui assigner son véritable siége. Les cas de ce genre appartiennent à l'hématurie déterminée par un calcul ; ils sont rares.

Il est moins difficile de s'assurer que le sang provient des reins et non de la *vessie*. Cependant il est des cas où ce diagnostic offre aussi de grandes incertitudes. Voici comment M. Rayer s'exprime à ce sujet : « Si l'on excepte le cas de *fongus de la vessie*, de *cystite calculeuse* et de *tubercules de la vessie avec cystite*, maladies dont le diagnostic n'offre pas en général de grandes difficultés, il y a peu de cas dans lesquels on puisse supposer que le sang rendu avec l'urine est fourni par la vessie. Cependant on voit des hématuries provenant des reins simuler des hématuries provenant de la vessie, et *vice versâ*. J'ajoute que, lorsque l'hématurie est vésicale, elle est bien rarement essentielle, et qu'elle est presque toujours précédée des symptômes propres à d'autres maladies de la vessie, à la *cystite* simple ou calculeuse, au *cancer*, etc. Cependant on a cité quelques cas d'hématurie remplaçant un flux hémorrhoïdal, et dans lesquels la douleur et les principaux accidents paraissaient circonscrits dans l'hypogastre. » On voit que ce diagnostic est vague, mais il serait difficile de le préciser davantage. Ce qu'il faut remarquer d'une manière générale, c'est que les troubles fonctionnels et les symptômes locaux, soit des reins, soit de la vessie, sont d'un grand poids quand il s'agit de déterminer la véritable source du sang, mais que, dans quelques cas, ces signes eux-mêmes sont trompeurs. J'aurai, du reste, occasion de revenir sur ce diagnostic quand j'aborderai les affections de la vessie.

Dans les hémorrhagies du rein, le sang ne sort pas pur, ainsi que nous l'avons vu plus haut ; c'est là ce qui les distingue principalement des *hémorrhagies urétrales*, dans lesquelles d'ailleurs le sang s'écoule en bavant, sans efforts d'excrétion urinaire. On peut encore, s'il reste quelques doutes, introduire une sonde dans la vessie ; l'urine sort claire, et les premières gouttes seulement sont teintes par le sang qui a pu pénétrer dans la sonde au moment où elle a franchi l'urètre.

Lorsque le sang provenant des reins est en très petite quantité, on peut, comme je l'ai déjà fait remarquer, méconnaître l'existence de la maladie. Cependant on arrive assez facilement au diagnostic par les moyens que j'ai indiqués en décrivant les symptômes. D'ailleurs ce n'est que dans les cas où il y a eu déjà une hématuric facilement appréciable qu'on est intéressé à s'assurer s'il existe encore une certaine quantité de sang dans les urines.

Enfin la *rétention du sang* dans les cavités urinaires, l'hémorrhagie interne, peut être diagnostiquée à l'aide de renseignements exacts qui nous apprennent que le malade a eu une ou plusieurs hématuries, et en tenant compte des symptômes locaux, de l'affaiblissement et du dépérissement des malades. La pesanteur, la douleur, la tumeur dans la région des reins, indiquent que cet organe est le siége de la rétention. Des symptômes semblables, ayant leur siége dans l'hypogastre, font reconnaître que l'accumulation du sang se fait dans la vessie, et le cathétérisme vient encore aider au diagnostic.

Il est, comme on voit, à désirer qu'un observateur s'occupe spécialement de ce sujet, pour faire cesser, s'il est possible, le vague et l'incertitude d'un diagnostic aussi important.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de l'hémorrhagie rénale a été presque toujours exposé, sans distinction suffisante des divers cas, dans des articles consacrés à l'hématurie en général ; et s'il est quelques travaux entrepris sur l'hématurie ayant sa source dans le rein, on peut dire qu'ils manquent complétement de précision. Il est nécessaire de se rappeler, lorsqu'il s'agit de combattre l'hémorrhagie rénale, les principales divisions que nous avons admises.

1° Supposons d'abord une hémorrhagie du rein non accompagnée des symptômes locaux d'une affection organique de cet organe, et qu'on peut regarder comme *essentielle*. Si le sujet est fort, s'il a présenté les signes qui précèdent les hémorrhagies auxquelles on donne le nom d'*actives*, il est généralement recommandé de *ne pas s'opposer trop tôt à l'écoulement du sang*. Tout le traitement consiste alors en certaines précautions bien simples, et qu'on retrouve dans toutes les hémorrhagies. Ce sont les suivantes.

PRÉCAUTIONS A PRENDRE DANS UN CAS D'HÉMORRHAGIE RÉNALE MODÉRÉE, SANS SIGNES DE LÉSIONS ORGANIQUES, ET CHEZ UN SUJET VIGOUREUX.

L'appartement doit être tenu à une *température modérée*.

Le malade doit garder *le repos* dans la position horizontale.

Prendre quelques *lavements émollients*, pour s'épargner les efforts de garde-robe.

Se soumettre à un *régime* doux et léger.

Tels sont, avec quelques *boissons adoucissantes*, les moyens bien simples qu'on oppose à l'hémorrhagie.

2° Il n'est pas un seul des cas indiqués jusqu'à présent qui, dans certaines circonstances, ne puisse présenter une de ces *hémorrhagies extrêmement abondantes* qui par elles-mêmes peuvent causer la mort. Ces cas fort rares se sont principalement montrés dans l'hématurie essentielle, chez des sujets présentant une tendance aux hémorrhagies, qui a fait donner à ces affections le nom de *constitutionnelles*, et dans celles qui ont pour cause les maladies organiques des reins. Quelle que soit, du reste, cette cause, on doit agir de la même manière, et mettre en usage les moyens indiqués contre les grandes hémorrhagies (1). Ce sont : l'*application* de l'*eau froide*, de la *glace ;* les *boissons froides*, *acidulées*, etc.

Le lieu dans lequel doivent être faites les applications froides doit être le plus voisin possible du siége du mal. Ainsi, dans l'hémorrhagie dont nous nous occupons, c'est sur les lombes, sur les flancs qu'il faut les faire. Cependant on a vu quelquefois les injections dans le rectum, et même dans la vessie, avoir un effet plus prompt. Pour les lavements, on prend de l'*eau très froide* à laquelle on ajoute une petite quantité de *vinaigre*, et dans la vessie on injecte de l'eau avec addition d'une faible proportion d'*acétate de plomb*. La température de l'appartement doit être plus basse, et le repos plus complet encore que dans le cas précédent.

3° Si l'hémorrhagie est peu considérable, mais se reproduit à de courts intervalles, elle peut occasionner l'*anémie* et un *dépérissement* assez rapide. C'est dans les cas de ce genre qu'on a recommandé les *astringents*, les *antihémorrhagiques*, tels que le *ratanhia*, le *tannin*, le *seigle ergoté*, etc.; les *toniques*, et en particulier le *quinquina*, les *ferrugineux ;* mais comme l'administration de ces remèdes ne présente rien de particulier, ce serait tomber dans des redites inutiles que d'entrer à ce sujet dans de plus grands détails. On fera facilement aux différents cas l'application de ces moyens tels qu'ils sont exposés dans l'histoire des hémorrhagies précédemment indiquées.

4° M. Rayer a exposé dans un résumé le traitement opposé à l'hémorrhagie endémique de l'île de France ; je lui emprunte les détails suivants : « Abandonnée à elle-même (*méthode expectante*), cette hémorrhagie habituelle, compliquée ou non de gravelle, guérit spontanément, sans émigration, au bout de plusieurs mois ou de plusieurs années, lorsqu'elle n'est pas assez abondante pour détériorer la constitution.....

» A l'île de France ou sur le continent, la *saignée*, combinée avec l'administration des *boissons acidulées*, avec l'emploi du *ratanhia* et l'aide du *repos*, a suspendu pour quelque temps l'hémorrhagie.

» Mais les *émissions sanguines*, quelquefois nécessaires au début de cette hématurie, ou dans son cours en quelques cas exceptionnels, sont *formellement contre-indiquées* dans une foule de cas où des pertes de sang répétées ont détérioré la constitution...... Lorsque les enfants sont devenus pâles et languissants après ces sortes d'hémorrhagies, les *préparations ferrugineuses* sont utiles ; les bons effets de ces préparations sont favorisés par une *nourriture substantielle* et un *exercice modéré*.

(1) Voy. *Épistaxis ; Hémoptysie*, etc.

» Des individus atteints de ce pissement de sang, ayant contracté une blennorrhagie, le *copahu*, employé contre cette dernière affection, en a non seulement procuré la guérison, mais encore celle de l'hématurie.

» Lorsque l'hématurie endémique de l'île de France est *compliquée de gravelle d'acide urique*, il faut associer aux moyens précédemment indiqués *les poudres et les boissons alcalines* (1), jusqu'à ce que le dépôt de l'urine, abandonnée à elle-même, ne contienne presque plus d'acide urique cristallisé.....

» Lorsque cette hématurie résiste aux moyens précédemment indiqués, l'*émigration* est le meilleur moyen que l'on puisse conseiller pour faire cesser la maladie. En effet, il a suffi à quelques individus de quitter l'île de France et de venir habiter en Europe un *pays tempéré*, sans s'assujettir à aucun remède, pour obtenir la guérison de leur hématurie. Il est vrai que, chez plusieurs colons, la guérison n'a été que temporaire; la maladie s'est déclarée de nouveau peu de temps après leur retour à l'île de France, ou bien ils ont présenté une autre altération de l'urine (urine chyleuse, ou urine albumineuse et graisseuse). Il faut même reconnaître qu'un voyage en France n'est pas un moyen infaillible; la maladie a continué sans être sensiblement modifiée par le changement de climat, mais alors aussi la plupart des remèdes ont échoué, ou l'amélioration s'est déclarée si tardivement et si obscurément, que les causes en sont restées indéterminées. »

Ces moyens, auxquels les médecins du Brésil ajoutent les *bains froids salés*, et surtout les *bains de mer*, ne diffèrent guère, comme on le voit, de ceux qu'on emploie dans tous les pays contre les diverses hémorrhagies. Il faut néanmoins noter avec soin cet effet du *copahu* dans quelques cas, car le médecin est autorisé par les faits à administrer cette substance contre l'hématurie elle-même, et il est permis d'en attendre de bons résultats.

5° Si l'hématurie était accompagnée de douleurs plus ou moins vives dans la région rénale, avec des *symptômes d'excitation*, et surtout s'il existait une véritable *néphrite*, lésion qui a été regardée à tort comme coïncidant fréquemment avec l'hématurie, il faudrait insister sur les moyens indiqués à propos de l'*hématurie essentielle*, et de plus pratiquer des *émissions sanguines* plus ou moins abondantes, selon la force du sujet. Ces émissions sanguines, nous les avons vues déjà employées dans l'hématurie endémique de l'île de France.

6° S'il existait une *rétention du sang* dans la cavité des reins, de l'uretère ou de la vessie, on devrait d'abord chercher à *faire disparaître l'obstacle* qui s'oppose au libre écoulement du sang; puis calmer par les *adoucissants* et les *opiacés* les accidents de *colique néphrétique* qui accompagnent souvent cet état. Enfin les *sangsues* sur la région lombaire, les *ventouses scarifiées*, seraient appliquées dans le but de faire disparaître l'irritation et la douleur locale qui résultent de l'accumulation du sang dans les organes. Quand c'est *dans la vessie* que ce liquide s'est accumulé, on peut par des moyens mécaniques donner issue à la masse sanguine coagulée qui obstrue cet organe; mais comme j'aurai à exposer ce moyen de traitement lorsqu'il s'agira de l'hématurie vésicale, j'en renvoie les détails à l'article consacré à cette affection.

(1) J'exposerai en détail ce traitement dans l'article consacré aux calculs rénaux.

ARTICLE II.

PYÉLITE.

M. Rayer est le premier qui ait distingué nettement l'inflammation des bassinets et des calices de celle de l'affection rénale; il ne faut pas croire néanmoins que cette maladie fût inconnue jusqu'à lui; car c'est précisément celle qui a été décrite par tous les auteurs sous le nom de néphrite, et en particulier de néphrite calculeuse.

M. Rayer a donc fait faire un progrès à la pathologie, en établissant cette distinction, qui ne manque pas d'importance. Mais peut-être ne l'a-t-il pas poussée assez loin; car voici comment il me semble que doit être envisagée l'étude des affections qui ont pour siége la cavité rénale, et qu'il nous reste encore à traiter.

La *pyélite simple* peut exister. M. Rayer en a cité des exemples, et l'on en trouve quelques uns dans divers auteurs. Mais le plus souvent cette affection est liée à la présence de calculs plus ou moins volumineux ou plus ou moins nombreux dans le calice et le bassinet : or les accidents qu'on observe alors ne tiennent évidemment pas tous, il s'en faut, à l'inflammation des parois de ces cavités; il en est qui sont dus au simple déplacement des calculs, et qui peuvent même précéder toute inflammation. Il en résulte qu'on doit étudier d'abord la pyélite indépendamment des accidents de *colique néphrétique* qui se produisent dans son cours, ou que du moins ceux-ci ne doivent être présentés que dans un rang secondaire; puis on doit étudier les *calculs rénaux*, la *gravelle*, qui peuvent exister indépendamment de la pyélite; et comme accident dû à la présence de ces productions morbides, la *colique néphrétique*, qui ayant également d'autres causes que nous avons déjà signalées, peut parfaitement être considérée comme une affection particulière. Si l'on se rappelle la manière dont j'ai présenté les affections du foie, on verra que c'est la marche que j'ai suivie dans l'exposition des lésions des voies biliaires.

Dans son historique sur la pyélite, M. Rayer s'est attaché à prouver que si la connaissance des calculs rénaux et celle de l'existence de collections purulentes dans les reins remontent à la plus haute antiquité, ce n'est réellement que dans ces derniers temps que les altérations produites par les calculs dans les bassinets et les calices, et par suite dans la substance rénale, ont été exactement appréciées. Il est certain que, jusqu'à une époque très voisine de nous, et, on peut le dire, jusqu'à M. Rayer lui-même, on a considéré l'inflammation qui résulte de la présence des calculs dans la glande rénale comme occupant la substance de cette glande, sans établir de distinction entre les parois des bassinets et les autres parties des reins. Cependant il n'est pas douteux que plusieurs auteurs n'aient parfaitement compris que la cavité de l'organe pouvait être non seulement envahie la première par l'inflammation, mais encore exclusivement. Mais c'est ce qu'il faut rechercher dans les faits et non dans le langage, car jusqu'à M. Chomel (1), c'est toujours une néphrite qu'on a vue dans les cas où les calculs des reins avaient déterminé l'inflammation.

Je ne crois pas devoir présenter ici un historique de cette maladie, tâche qui me serait cependant bien facile, puisque M. Rayer nous en fournit tous les matériaux. Je me contenterai seulement de dire que la connaissance de l'inflammation

(1) *Arch. gén. de méd.*

des reins remonte à la plus haute antiquité, car on en trouve déjà des indications dans Hippocrate, et que Rufus, Galien, Arétée, etc., donnent la description des *abcès* que déterminent les calculs.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

On donne le nom de *pyélite* à l'inflammation des calices et des bassinets, qu'elle ait été produite par la présence de corps étrangers, qu'elle soit le résultat de l'extension de l'inflammation d'un autre organe, ou qu'elle se soit produite spontanément.

C'est cette maladie qui a été décrite, comme j'ai déjà eu plusieurs fois l'occasion de le dire, sous le nom de *néphrite*, d'*abcès des reins*, etc. Toutefois il ne faut pas croire que tous les faits rapportés sous ces différents noms doivent être regardés comme de simples pyélites; il en est, en effet, dans lesquels l'inflammation avait réellement pour siége la substance rénale, et d'autres où l'inflammation des bassinets et des calices s'était étendue à cette substance. On ne doit donc pas voir dans les anciennes dénominations une fausse appréciation de la maladie, mais seulement une confusion de plusieurs états pathologiques distincts.

La *fréquence* de la pyélite est très différente, suivant que l'on considère la *pyélite simple* indépendante de tout corps étranger, ou celle qui a pour cause la présence d'un corps étranger quelconque. La première est relativement fort rare; cependant il en est une espèce qui, suivant M. Rayer, serait beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit communément : c'est la *pyélite blennorrhagique*. Nous reviendrons sur ce point en parlant des causes.

§ II. — Causes.

Les causes de la pyélite sont presque identiquement les mêmes que celles que nous avons assignées à la néphrite; et on le conçoit facilement, puisque la plupart des auteurs n'ont pas fait de distinction entre ces deux maladies. Il me suffira, par conséquent, de les rappeler rapidement ici, en y ajoutant quelques particularités propres à la maladie qui nous occupe.

1° Causes prédisposantes.

Relativement à l'*âge*, il n'y a rien à changer à ce que j'ai dit à l'article *Néphrite*: la pyélite simple est presque inconnue chez les enfants, et toutes les espèces de pyélites sont beaucoup plus fréquentes dans l'âge adulte et dans la vieillesse que dans les premières années de la vie.

D'après presque tous les auteurs, le *sexe* masculin est beaucoup plus exposé à cette affection, et les faits confirment cette manière de voir. Nous n'avons pas de renseignements exacts sur l'influence de la *constitution*, du *tempérament*, des *climats*, et quant aux autres causes prédisposantes, nous ne pourrions que nous livrer à des conjectures à leur sujet.

2° Causes occasionnelles.

La pyélite peut résulter d'une *violence extérieure*, comme la néphrite; mais ce sont les *plaies* pénétrant jusqu'au bassinet qui lui donnent le plus fréquemment lieu : et c'est là la *pyélite traumatique*.

De toutes les pyélites, il n'en est certainement pas de plus fréquente, à beaucoup près, que celle qui a pour cause la présence des calculs rénaux dans les calices et le bassinet. M. Rayer l'a décrite sous le nom de *pyélite calculeuse ;* c'est la néphrite calculeuse des autres auteurs. Les autres corps étrangers, comme les *acéphalocystes*, le *strongle*, donnent lieu à une pyélite qu'on peut rapprocher de celle-là.

La *distension* des cavités rénales *par l'urine* et *par le pus* est une cause bien plus fréquente de pyélite que de véritable néphrite.

On peut appliquer à la maladie qui nous occupe tout ce que j'ai dit relativement à l'influence des *substances ingérées* sur la production de la néphrite simple (1). Les *diurétiques*, la *térébenthine*, paraissent néanmoins devoir agir plus activement sur les membranes du calice et du bassinet, que la substance rénale elle-même ; c'est ce que semble indiquer leur action sur la vessie. Ce n'est là toutefois qu'une conjecture.

Il n'en est pas de même des *cantharides*, dont l'action est évidente. M. Bouillaud (2) a, en effet, rapporté des cas dans lesquels l'application de vésicatoires sur des ventouses scarifiées a produit une pyélite avec albuminurie de plus ou moins longue durée. Chez un sujet qui a succombé, il a trouvé la surface interne des calices, des bassinets et des uretères enflammée avec production de fausses membranes.

L'*extension de l'inflammation* de la vessie et des uretères aux reins a été également observée, et à ce sujet il faut faire une remarque importante : « Dans le cours de la blennorrhagie, dit M. Rayer, et surtout après sa brusque suppression, il survient, et moins rarement que ne le pensent la plupart des praticiens, une inflammation légère, mais rebelle, de la membrane muqueuse de la vessie, inflammation qui, des uretères, se propage jusqu'au bassinet, et s'accompagne de douleurs rénales. » Il est fâcheux que M. Rayer ne nous ait pas donné d'une manière toute spéciale l'histoire de ces pyélites, car on peut élever quelques doutes sur la fréquence, non de l'inflammation vésicale consécutive à blennorrhagie, puisqu'elle est connue de tout le monde, mais de l'extension de cette inflammation au bassinet, ce qui est moins généralement reconnu : c'est là, au reste, ce que cet auteur a appelé *pyélite blennorrhagique*.

§ III. — Symptômes.

Que l'on ait décrit la maladie qui nous occupe sous le nom de *néphrite*, ou que, comme M. Rayer, on lui ait assigné celui de *pyélite*, on n'a pas moins toujours exposé, en même temps que les symptômes qui la caractérisent, ceux qui appartiennent à la présence des calculs par laquelle elle est si fréquemment produite. Je ne crois pas que cet exemple doive être imité. D'une part, en effet, ainsi que je l'ai dit plus haut, les accidents causés par les calculs, et qui constituent la *colique néphrétique*, peuvent exister indépendamment de toute inflammation, et, de l'autre, cette inflammation peut avoir lieu sans ces accidents, non seulement dans la pyélite simple, où la chose est évidente, mais encore dans la pyélite produite par des corps

(1) Voy. article *Néphrite simple aiguë*. — *Bulletin de l'Acad. de médecine ;* Paris, 1847, t. XII, p. 744, 779, 812.
(2) *Rev. méd.-chir. de Paris*, janv. et fév. 1848.

étrangers ; en d'autres termes, l'inflammation est incapable par elle-même de produire la colique néphrétique. Voyons donc ce qui lui appartient en propre.

Début. Nous ne connaissons que très imparfaitement le début de la *pyélite simple* indépendante de la présence des corps étrangers. Quant à la *pyélite calculeuse*, elle a ordinairement cela de remarquable, qu'elle succède à une attaque plus ou moins violente de *colique néphrétique.* Cependant nous connaissons un grand nombre de cas dans lesquels l'inflammation des bassinets, du calice, et consécutivement de la substance rénale, a été produite par des calculs sans colique néphrétique : des douleurs sourdes dans la région lombaire, plus vives ensuite, et les altérations de la sécrétion urinaire qui seront exposées plus loin ont été, en pareil cas, le premier signal de maladie. Il en est de même lorsque d'autres corps étrangers, comme les *vers rénaux*, sont la cause de l'affection.

Symptômes. Dans la description des symptômes, il faut établir une distinction importante entre la pyélite aiguë et la pyélite chronique.

1° *Pyélite aiguë.* La pyélite aiguë se montre plus fréquemment à l'état simple qu'à l'état compliqué, du moins si l'on n'a égard qu'aux cas dans lesquels l'affection reste aiguë pendant tout son cours; car il n'est pas douteux que la plupart des pyélites produites par des corps étrangers, et dont la marche, à une certaine époque, devient essentiellement chronique, ne se présentent d'abord avec tous les caractères d'une maladie aiguë.

Dans la *pyélite simple aiguë*, la douleur rénale est ordinairement médiocrement vive. Celle qui est produite par un corps étranger autre que les calculs n'est pas non plus remarquable par sa violence; c'est souvent une simple *gêne* avec des exacerbations plus ou moins fréquentes. Enfin, lorsque les calculs ont produit la maladie, il faut bien prendre garde de regarder comme un symptôme de la pyélite ce qui est dû au déplacement des calculs et à l'irritation qui en résulte dans les parois enflammées. Ce qui le prouve, c'est que, après la première attaque de colique néphrétique, lorsque le calcul s'est établi dans le bassinet et y a déterminé une inflammation suppurative, il est ordinaire de voir la douleur non pas augmenter, comme cela devrait être si l'inflammation en était la cause, mais au contraire diminuer notablement.

Il est en outre une remarque qui s'applique à toutes les *pyélites produites par des corps étrangers*, c'est que très souvent ces corps obstruent les voies urinaires, donnent lieu à l'accumulation de l'urine et du pus dans les parties supérieures, à la distension du rein, et par suite à des douleurs indépendantes de l'inflammation, puisque, dans des circonstances semblables, on les verrait se montrer sans elle.

C'est encore la même réflexion qu'il faut faire relativement à la *suppression de la sécrétion urinaire.* Ce n'est pas à la pyélite qu'il faut l'attribuer, mais aux corps étrangers qui ont donné naissance à l'une et à l'autre. Ce sont donc d'autres caractères qu'il faut rechercher dans la sécrétion de l'urine.

Parmi ces caractères, les deux plus importants, sans contredit, sont la présence du *mucus et du pus dans le liquide urinaire.* Les auteurs, il est vrai, ont dit que l'hématurie était un des premiers symptômes qui annoncent la maladie; mais si l'on examine les cas de pyélite simple et ceux dans lesquels, quoique produite par la présence de corps étrangers, cette maladie ne se présente qu'avec les symptômes

qui lui sont propres, on voit que l'hématurie n'est qu'un accident semblable à ceux que nous venons de mentionner.

Lorsque le *mucus* est devenu plus abondant qu'à l'état sain, on s'en aperçoit aux caractères suivants : Au moment de l'émission de l'urine, il donne à ce liquide un aspect louche; puis, lorsqu'il s'est rassemblé au fond du vase, il se présente sous la forme d'un sédiment un peu filant plus ou moins abondant, et de couleur opaline. Entre le moment de l'émission et celui du repos complet, il forme des flocons légers, demi-transparents, ou un nuage blanc avec une teinte brillante, qui restent quelque temps en suspension. Cette quantité anormale de mucus due à l'inflammation, et à laquelle on donne le nom de muco-pus, ne peut être distinguée du pus par l'inspection microscopique de ses globules; mais si on le traite par l'éther, il ne donne jamais de traces aussi évidentes de matière grasse que le pus (Rayer).

« Lorsque, dit M. Rayer, une certaine quantité de *pus* est déposée dans l'urine à la suite d'une inflammation de la membrane muqueuse des voies urinaires..... la liqueur est trouble, blanchâtre ou lactescente au moment de l'émission. Recueillie dans un vase transparent, et abandonnée à elle-même, elle se sépare bientôt en deux couches : l'une supérieure, transparente ou légèrement trouble, ayant la teinte du petit-lait ou de l'urine foncée en couleur; l'autre inférieure, formée par un dépôt opaque, ordinairement d'une couleur blanche mate, laiteuse, presque semblable à celle de la cire, ou légèrement jaunâtre. Le niveau de cette couche purulente est bien tranché et ne se fond pas avec la dernière couche de l'urine qui la surmonte. » Si l'on place une goutte de pus sur une lame de verre et qu'on y verse un peu d'éther, la matière grasse est dissoute et reste apparente sur le verre après l'évaporation; c'est là, je le répète, le principal caractère qui distingue le pus du mucus.

Un certain *mouvement fébrile*, et par suite un trouble au moins marqué, dans quelques cas, des principales fonctions, complètent le tableau de la pyélite simple aiguë, maladie encore mal étudiée.

2° *Pyélite calculeuse aiguë.* Si on lit attentivement la description donnée par M. Rayer de cette espèce de pyélite, on voit, qu'abstraction faite des accidents de colique néphrétique causés par la présence des calculs, la maladie ne diffère de celle que je viens de décrire que par sa plus grande intensité. Ses principaux caractères sont toujours la *douleur rénale* et la présence dans l'urine d'abord du *muco-pus*, puis du *pus* en plus ou moins grande abondance. Les *symptômes généraux* sont en rapport avec les douleurs causées par les calculs et avec le degré de l'inflammation. Les choses se passent de la même manière dans les *pyélites dues à d'autres corps étrangers.*

Il ne paraîtra pas étonnant à ceux qui ont bien compris ma manière d'envisager les affections de reins, que je traite en si peu de mots une maladie à laquelle les auteurs ont, sous des noms divers, consacré un si grand nombre de pages. Ils savent, en effet, que tous les détails nécessaires seront donnés dans les articles *Gravelle*, *Calculs rénaux*, *Colique néphrétique*, *Rétention de l'urine et du pus dans le rein.*

3° *Pyélite chronique.* La *pyélite simple chronique* est une maladie qui, si elle s'est montrée quelquefois à l'observation, n'a été du moins que très rarement indiquée,

Il n'en est pas de même de la *pyélite calculeuse chronique*, qui accompagne presque toujours les concrétions urinaires dont le rein est le siége.

4° La *pyélite calculeuse chronique*, dont la description peut s'appliquer, avec de très légères nuances, à l'inflammation du bassinet causée par la présence des vers rénaux, *débute* souvent par les symptômes de la pyélite aiguë, accompagnés de ceux de la colique néphrétique. Au bout d'un temps variable, ces symptômes paraissent s'amender, mais la santé ne se rétablit pas complétement, il reste dans le rein une *douleur* sourde, et l'*urine contient toujours une certaine quantité de pus*. Puis surviennent le *dépérissement*, *l'amaigrissement*, *la fièvre hectique*, indices de la destruction du rein, et le malade finit par succomber épuisé, qu'il se forme ou non un abcès dans la région rénale.

5° *Abcès rénaux*. C'est surtout lorsque des calculs volumineux et nombreux ont occasionné dans le rein une inflammation prolongée, qu'on voit survenir les abcès qui, après avoir envahi une grande partie de l'organe, se vident dans les voies urinaires, en rendant bien plus considérable la quantité de pus dans l'urine, ou s'étendent vers les parois lombaires, par lesquelles ils ont de la tendance à s'ouvrir une issue, ou enfin occasionnent la perforation d'autres cavités (intestin, estomac, poumons, péritoine).

Les *abcès* qui deviennent manifestes du côté de la région lombaire se produisent ordinairement de la manière suivante : un ou plusieurs calculs déterminent l'inflammation de la substance rénale ; celle-ci finit par se détruire et par leur livrer un passage suffisant pour qu'une de leurs aspérités irrite le tissu cellulaire environnant ; ce tissu s'enflamme et suppure, les reins continuent à se désorganiser, et au bout d'un certain temps le calcul est à nu dans le tissu post-rénal.

Je ne m'étendrai pas sur la description de ces abcès produits par les calculs ; ils intéressent beaucoup plus le chirurgien que le médecin. Je ferai seulement remarquer qu'ils ne diffèrent pas sensiblement, pour leurs symptômes et leur marche, de ceux que j'ai décrits à l'occasion de la *néphrite simple*, et des *tumeurs acéphalocystiques ;* seulement ils ont ceci de particulier, que l'hématurie, la colique néphrétique, la présence de graviers dans les urines, ont précédé leur apparition. Ce sont donc des circonstances qu'il ne faut pas perdre de vue.

Lorsque la rupture de l'abcès contenant des calculs se fait dans les autres organes indiqués, c'est la *sortie de ces calculs* par une voie insolite qui est le symptôme capital. C'est ainsi qu'on a vu des calculs rendus par les *vomissements* et par les *selles*. Quand la rupture se fait dans le péritoine, elle donne lieu à une *péritonite suraiguë* et mortelle.

Il est une autre lésion qui a une grande analogie avec les abcès et qui mérite de fixer un instant notre attention : je veux parler de la *rétention du pus* dans le bassinet, d'où résulte une accumulation souvent très considérable de ce liquide et la distension du rein.

Cette rétention a des symptômes analogues à ceux de la *rétention de l'urine* ou *hydronéphrose*, que je décrirai plus tard. C'est pourquoi je n'entrerai pas ici dans de très grands détails.

Si, dans le cours d'une pyélite causée par un corps étranger, celui-ci obstrue plus ou moins l'uretère, l'urine et le pus s'accumulent au-dessus et produisent les accidents suivants: quand l'*obstruction* est *complète*, l'urine, précédemment purulente.

vient claire; la douleur rénale se produit ou augmente si elle existait; une tumeur ordinairement bosselée est sentie, en palpant l'abdomen, au-devant du rein malade. Quelques malades ont dit avoir senti le *bruit de collision* causé par les calculs contenus dans la poche purulente lorsqu'ils faisaient des mouvements. Bientôt la fièvre s'allume, il survient des vomissements, et cet état peut se terminer de trois manières. 1° Assez fréquemment, l'obstacle étant chassé, l'amas purulent se fait jour par les conduits urinaires, et une grande quantité d'urine fortement purulente est rendue en peu de temps. 2° Quelquefois, l'obstacle persistant, les accidents deviennent de plus en plus graves, et le malade succombe épuisé ou avec des symptômes cérébraux. 3° Bien plus rarement il y a rupture de la poche purulente dans une des cavités précédemment indiquées, ou dans le tissu cellulaire post-rénal, et alors les choses se passent comme dans les cas d'*abcès de la substance rénale et du tissu environnant.*

§ IV. — Marche; durée; terminaison.

La *marche* de la maladie est rapide, à l'état aigu, surtout lorsque la pyélite est causée par un calcul. L'inflammation disparaît avec la plus grande promptitude dès que la cause cesse d'agir. La *pyélite chronique* peut marcher très lentement; mais il est ordinaire de voir les accidents de l'état aigu se reproduire fréquemment avec une grande violence, ce qui tient à ce que la maladie étant le résultat ordinaire de la présence des calculs, le moindre déplacement de ceux-ci peut produire les plus graves symptômes.

La *durée* de la *pyélite aiguë* peut être très courte, par la raison que je viens d'indiquer; celle de la pyélite chronique est ordinairement longue. La pyélite aiguë se *termine* par la guérison lorsqu'elle est simple, ce qui est rare. D'après M. Rayer, la pyélite qu'il nomme *blennorrhagique* serait souvent rebelle au traitement. Lorsque la pyélite est due à la présence d'un calcul ou d'un autre corps étranger, elle se termine promptement par la guérison si ce corps étranger est expulsé; dans le cas contraire, elle passe presque toujours à l'état chronique. M. Rayer a parlé d'une terminaison de la pyélite par gangrène, et il en a fait une espèce sous le nom de *pyélite gangréneuse;* mais cette gangrène ne se montre que dans des cas où il existe d'autres maladies très graves, dont la gangrène du rein n'est que la conséquence.

§ V. — Lésions anatomiques.

Dans les cas où les malades succombent avec une *pyélite simple aiguë*, ce qui arrive dans diverses maladies et dans certains empoisonnements, on trouve après la mort la rougeur, l'épaississement, la friabilité de la membrane qui tapisse le bassinet, et dans l'intérieur de cette cavité, une quantité plus ou moins grande de matière purulente ou de muco-pus mêlé à l'urine. Les mêmes lésions caractérisent la *pyélite chronique*, sauf que la rougeur est ordinairement obscure et que la matière purulente est plus abondante. On trouve, en outre, la désorganisation du rein, sa perforation, sa suppuration due à l'action des corps étrangers, cause habituelle de cette espèce de pyélite. Il n'est pas rare, comme on le sait, de trouver un ou plusieurs calculs dans la vessie en même temps que dans les reins, et il est arrivé fréquemment que les malades qui se trouvaient dans ces conditions ont succombé après l'opération de la taille. Cette simple indication des lésions est suffisante.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Nous avons vu que les seuls signes auxquels on peut distinguer une *pyélite simple aiguë* d'une *néphrite simple* étaient la sécrétion du mucus et du pus et la présence de ces matières dans l'urine. On la distingue de la pyélite causée par un calcul, à l'absence de l'hématurie, des symptômes de la colique néphrétique et des graviers dans l'urine.

Les points de ressemblance de la pyélite avec le *lumbago*, les *névralgies lombaires*, la *carie des vertèbres*, le *psoïtis*, etc., me paraissent trop peu nombreux et trop faibles pour qu'on doive, à l'exemple de M. Rayer, établir entre ces maladies un diagnostic détaillé.

Lorsqu'il existe une poche purulente formée par la rétention du pus, on peut confondre la maladie avec quelques autres qui ont leur siége dans le même point; ce sont les *divers abcès* qui se forment aux environs des lombes par suite de l'*inflammation du tissu cellulaire post-péritonéal*, de la *carie des vertèbres*, etc. On a même pensé qu'un *anévrysme* de l'aorte descendante pourrait donner lieu à l'erreur. Les coliques néphrétiques, l'expulsion des graviers, l'hématurie, la présence du pus dans l'urine, sont les principaux signes à l'aide desquels on peut distinguer la *pyélite calculeuse*, dans laquelle se produit le plus souvent la rétention du pus.

Le diagnostic est plus difficile entre cette rétention purulente et la *rétention de l'urine dans le rein* ou *hydronéphrose*. Voici comment M. Rayer établit ce diagnostic : « Dans les deux cas, la tumeur formée par le rein dilaté est ordinairement bosselée, fluctuante, mate à la percussion, et accompagnée d'un élargissement de la région lombaire. Mais les tumeurs formées par l'accumulation du pus dans la cavité du bassinet et les calices sont le siége de douleurs plus ou moins vives, au moins de temps à autre; elles sont souvent accompagnées d'un mouvement fébrile, et si elles sont indolentes, elles deviennent ordinairement douloureuses par une légère pression ou dans certains mouvements du tronc. Dans l'hydronéphrose, au contraire, la tumeur est indolente et n'apporte d'autre incommodité que celle qui résulte de son volume. Enfin, lorsque la communication entre la poche formée par le rein distendu et l'uretère n'est pas complétement interrompue, l'urine, dans la pyélite avec tumeur, est purulente et opaque, tandis que, dans l'hydronéphrose, elle est ordinairement transparente ou seulement obscurcie par du mucus. »

Je n'ai pas rangé parmi les maladies des reins les abcès formés dans la région lombaire autour de cet organe, et que M. Rayer décrit sous le nom de *périnéphrite*. C'est une affection purement chirurgicale dont je n'ai pas cru devoir donner la description. Mais relativement au diagnostic, elle nous présente quelque intérêt, et voici comment l'auteur que je viens de citer traite cette question difficile.

Après avoir distingué l'amas de pus dans le bassinet de l'hydronéphrose, il ajoute: « Il est plus difficile de distinguer la tumeur formée par une collection purulente dans la cavité du bassinet, des abcès situés dans le tissu cellulaire qui environne le rein (*périnéphrite*), soit que ces abcès soient survenus à la suite d'une contusion, soit qu'ils aient été déterminés par le passage du pus ou de l'urine à travers une fistule rénale, consécutive à une inflammation du bassinet ou du rein. Au reste, il est à noter que, dans le cas d'une tumeur formée par une collection de pus dans la cavité du bassinet, la fluctuation est plus profonde aux lombes que dans les cas d'abcès autour du rein. En outre, ceux-ci sont presque toujours suivis ou accom-

pagnés d'un œdème du tissu cellulaire sous-cutané de la région lombaire, œdème que je n'ai point observé dans les cas de collection purulente dans la cavité du rein sans abcès extra-rénal. Presque toujours aussi les abcès situés entre la face postérieure du rein et les muscles de la région lombaire finissent par soulever la peau dans un point où la fluctuation est très superficielle ; et si l'on applique une des mains sur la partie antérieure de l'abdomen et l'autre sur la région lombaire, la fluctuation est plus sensible que dans les cas de collection purulente dans la cavité du bassinet et des calices. Le passage d'une certaine quantité de pus dans l'urine peut lever les doutes ; mais ce signe manque lorsqu'il y a obstruction complète de l'uretère entre la vessie et le bassinet rempli d'urine et de pus. »

Lorsque le rein forme une vaste poche purulente qui communique avec le tissu cellulaire extérieur, il y a complication des deux affections, et le diagnostic ne peut être porté qu'en ayant égard à la marche de la maladie. Au reste, le traitement étant le même, ce diagnostic n'a pas d'importance sous ce rapport. Le pronostic est seulement plus grave dans ce dernier cas, parce que la désorganisation du rein est plus complète.

Je ne ferai entrer dans le *tableau synoptique du diagnostic* que ce qui a rapport à la poche purulente formée par le rein distendu, les autres affections dont j'ai parlé plus haut n'ayant pas un assez grand intérêt pratique.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la distension du bassinet et des calices par le pus, et de la rétention de l'urine dans le rein, ou hydronéphrose.*

RÉTENTION DU PUS.	RÉTENTION DE L'URINE (*hydronéphrose*).
Douleurs plus ou moins vives, spontanément ou à la pression.	Tumeur *indolente*.
Mouvement fébrile assez marqué, continu ou par intervalles.	*Pas de mouvement fébrile*.
Pus dans l'urine, si la communication n'est pas complétement interrompue.	*Urine normale*, ou seulement chargée d'un peu de mucus.
Quand la communication se rétablit, *flots d'urine purulente*.	Quand la communication se rétablit, *grande quantité d'urine normale* ou seulement muqueuse.

2° *Signes distinctifs de la rétention du pus dans le bassinet et dans les calices, et des abcès autour du rein* (périnéphrite).

RÉTENTION DU PUS.	ABCÈS AUTOUR DU REIN (*périnéphrite*).
Fluctuation *plus profonde*, moins marquée.	Fluctuation *moins profonde*, souvent tout à fait *superficielle*.
Point d'œdème sous-cutané de la région lombaire.	*Œdème* sous-cutané de la région lombaire (empâtement œdémateux.)
Pus dans l'urine, dans les cas où la communication n'est pas complétement interrompue.	*Point de pus dans l'urine*.
Souvent précédée de *colique néphrétique*.	*Non précédés de colique néphrétique*.

Pronostic. La *pyélite simple aiguë* étant ordinairement secondaire, c'est d'après le danger de la maladie principale qu'on doit porter le pronostic, auquel l'affection rénale n'ajoute pas par elle-même un grand degré de gravité. Si néanmoins cette

maladie locale se terminait par gangrène, comme on l'observe dans quelques cas, on conçoit facilement qu'une lésion aussi funeste hâterait nécessairement la mort. Nous avons vu que, d'après M. Rayer, la pyélite résultant de l'extension de l'inflammation dans la blennorrhagie est, non pas dangereuse, mais rebelle.

La pyélite causée par la présence des calculs dans le bassinet a, d'une manière générale, beaucoup plus de gravité. Cette gravité dépend beaucoup néanmoins de la manière dont se comportent les calculs rénaux, qui en sont la cause déterminante. Si leur séjour dans la cavité rénale est peu prolongé, l'inflammation qu'ils ont provoquée ne tarde pas à se dissiper ; mais s'ils séjournent longtemps, ils occasionnent la désorganisation du rein, les abcès, les perforations, la rétention du pus quand ils obstruent l'uretère, et, dans tous ces cas, on doit porter un pronostic très fâcheux ; car, en supposant même qu'on puisse, pour un temps, soustraire les malades aux accidents qu'ils éprouvent, il est toujours à craindre qu'ils n'en soient tôt ou tard attaqués de nouveau et mortellement.

§ VII. — Traitement.

Si nous faisons abstraction du traitement de la *colique néphrétique*, de celui qu'on dirige contre les *calculs* eux-mêmes, nous verrons que le traitement de la pyélite proprement dite ne nous offre de réellement important à étudier que ce qui se rattache à la *néphrotomie.*

Relativement à l'inflammation simple, il suffit de dire que quelques *émissions sanguines*, les *boissons adoucissantes*, les *bains*, la *diète* ou un *régime* sévère suffisent pour les dissiper. Le traitement de la *pyélite causée par les calculs* est le même, sauf que le repos doit être plus absolu, pour éviter les déplacements douloureux des corps étrangers.

Les moyens dirigés contre la colique néphrétique et contre les calculs eux-mêmes seront exposés plus loin.

Reste donc l'*accumulation du pus dans le bassinet et dans les calices*, pour laquelle on a proposé et pratiqué maintes fois la néphrotomie. Dans les cas où la collection purulente communique avec le tissu cellulaire qui entoure le rein, et où il y a par conséquent *abcès lombaires*, ceux-ci *doivent être ouverts tout simplement*, comme il a été dit plus haut à propos des abcès de cette région.

Néphrotomie. Quant à la néphrotomie proprement dite, elle demande de plus grands détails. M. Rayer (1) a présenté un historique complet de cette opération. Je me contenterai de dire ici que, d'après les renseignements fournis par cet auteur, les anciens, à qui l'on avait attribué l'idée d'aller ouvrir les collections purulentes dans l'intérieur même du rein, ce qui constitue la véritable néphrotomie, n'avaient pas pratiqué réellement cette opération, mais seulement l'ouverture des abcès lombaires. D'après cet historique, on voit encore que ce n'est guère qu'à l'époque où Riolan (2) a exprimé nettement son opinion sur la possibilité d'ouvrir les tumeurs formées par le rein lui-même, que cette pratique fut discutée avec connaissance de cause. Enfin ce n'est que vers la fin du XVIIe siècle qu'on a publié un cas bien constaté d'incision du rein faite pour donner issue aux collections purulentes et aux calculs contenus dans cet organe. La plupart des chirurgiens pensent

(1) *Traité des maladies des reins*, t. III, p. 206 et suiv.
(2) *Anthropographia* ; Parisiis, 1626, in-4°.

que dans des cas semblables il faut attendre, pour opérer, qu'il y ait une tumeur sensible avec fluctuation à la région lombaire; mais de la discussion dans laquelle il est entré sur ce sujet, M. Rayer tire les conclusions suivantes :

« Que les chirurgiens et les médecins, d'accord pour recommander l'ouverture des abcès extra-rénaux, et pour repousser la néphrotomie lorsqu'il n'y a pas de tumeur lombaire, n'ont pas assez généralement reconnu l'utilité dont pourrait être la néphrotomie pour les cas dans lesquels le rein très distendu est transformé en une énorme poche douloureuse, susceptible de se perforer ;

» Qu'il y aurait souvent danger, en de tels cas, à attendre, comme Boyer et la plupart des chirurgiens le recommandent, qu'un abcès extra-rénal se fût formé, la poche rénale pouvant s'ouvrir dans le péritoine ou dans l'intestin, et la mort promptement survenir ;

» Que lorsqu'un des reins forme tumeur dans le flanc, si celui du côté opposé vient à être obstrué, il faut inciser le rein le plus anciennement affecté et formant tumeur ;

» Que si le conseil donné par Hévin de ne point inciser le rein lorsqu'il n'y a point de tumeur aux lombes a été généralement adopté, il serait cependant permis de tenter la néphrotomie dans un cas de mort imminente par l'effet d'une pyélite calculeuse double sans tumeur, mais avec anurie complète ;

» Que dans le traitement des tumeurs rénales, l'incision est généralement préférable à la cautérisation et à la ponction. »

J'ai exposé ces raisons pour montrer quelles sont les ressources de la chirurgie dans ces cas difficiles; c'est maintenant à l'expérience ultérieure à décider quelle est la conduite à suivre dans les divers cas donnés. Les moyens par lesquels on donne passage à travers les lombes au pus et aux corps étrangers sont de diverses espèces. Trois procédés principaux ont été proposés : ce sont l'*incision simple*, l'*incision et la ponction réunies*, et la *cautérisation suivie d'incision*.

Incision. On fait coucher le malade sur le côté sain, le tronc légèrement arqué, pour faire saillir la région lombaire; un aide augmente cette saillie en comprimant la tumeur par sa face antérieure; alors une incision parallèle à la colonne vertébrale est pratiquée à 7 ou 8 millimètres du bord externe de la masse sacro-lombaire. Cette incision, qui n'intéresse que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, doit s'étendre du bord inférieur de la dernière côte à la crête de l'os des iles; puis, en ayant toujours soin de chercher la fluctuation à l'aide du doigt introduit dans le fond de la plaie, on pénètre de plus en plus profondément par des incisions successives. Lorsque l'on a reconnu le point fluctuant, on y plonge le bistouri, auquel on substitue rapidement, avant que le pus s'écoule, un bistouri boutonné, pour pratiquer le débridement; ensuite on introduit avec beaucoup de ménagement un stylet mousse, pour s'assurer si l'on pénètre dans l'intérieur du bassinet. Si l'on opérait sans ménagement, on pourrait, en détruisant seulement une bride, voir survenir une hémorrhagie, car les brides formées autour de ces abcès peuvent contenir des vaisseaux assez considérables, comme l'a vu M. Rayer.

« Si le doigt indicateur d'une des mains, porté, dit cet auteur, au fond de la plaie tandis que l'autre main est appliquée sur la face antérieure de la tumeur, sent de la fluctuation dans une véritable tumeur interposée entre ses deux mains, il est évident qu'on n'a pénétré que dans un abcès extra-rénal, et non dans la cavité de la poche rénale elle-même. Alors, après avoir abstergé soigneusement le fond de la

plaie, il faut porter de nouveau le bistouri sur la tumeur et pénétrer dans l'intérieur des calices ou du bassinet, pour pouvoir procéder à la recherche du calcul et pour donner une libre issue au pus. »

Si l'on ne trouvait pas facilement le calcul, ou si l'on avait quelque difficulté à l'extraire, il ne faudrait pas fatiguer le malade par de longues tentatives, mais le laisser reposer pendant trois ou quatre jours, et revenir ensuite à la recherche du corps étranger. Ce qu'il importe surtout, c'est d'ouvrir une issue aussi large que possible; car souvent, après quelques jours d'attente, ce corps étranger s'échappe de lui-même, ou du moins se présente à l'ouverture, de manière qu'il ne faut qu'une faible traction pour l'extraire. Lorsque l'ouverture paraît trop étroite, on pratique le débridement ou la dilatation par les moyens connus.

Incision et ponction. Ce procédé diffère principalement du précédent en ce que l'on fait précéder l'incision de la ponction exploratrice faite avec le trois-quarts. Cette manière d'agir n'a point d'avantage réel; elle peut même, on le comprendra facilement, avoir des inconvénients, puisqu'en pratiquant une ponction dans des cas où le siége du mal est très profond, on ignore le point précis où l'on porte l'instrument.

Cautérisation et incision. On a fait encore précéder l'incision par la cautérisation des parties sous-jacentes à l'aide de la potasse caustique, comme dans les cas d'abcès et d'hydatides du foie; mais ce procédé est bien loin d'avoir les mêmes avantages quand il s'agit des collections purulentes des reins. Aussi la longueur de l'opération et les douleurs causées par la cautérisation doivent-elles faire rejeter ce moyen, à moins de cas tout particuliers, comme ceux, par exemple, où la fluctuation se ferait sentir dans un point très voisin de l'intestin.

Soit que les collections purulentes se soient ouvertes spontanément, soit qu'on ait pratiqué l'opération, il peut rester des *fistules rénales* dont je ne parlerai pas ici, parce qu'elles sont du domaine de la chirurgie.

ARTICLE III.

GRAVELLE.

Si l'on ne considère que les corps étrangers eux-mêmes, il n'est pas douteux qu'entre les graviers et les pierres ou calculs il n'y ait, comme dit M. Ségalas (1), d'autre différence que celle du volume. Mais si l'on a égard aux symptômes que produisent les concrétions urinaires, on voit que de cette différence de volume résulte une différence extrême dans la manière d'être de la maladie, c'est-à-dire dans ce qui intéresse le plus le praticien. Les concrétions urinaires peuvent, en effet, être si fines que leur présence n'altère en rien la santé et ne donne lieu à aucun symptôme local, tandis que si leur volume augmente, elles occasionnent les symptômes les plus violents, et vont jusqu'à produire la désorganisation de l'organe. C'est donc une distinction utile pour la pratique que celle qu'on a établie entre la gravelle et les calculs rénaux proprement dits.

Comme les calculs rénaux, la gravelle est connue depuis les premiers temps de la médecine. On en trouve des descriptions plus ou moins complètes dans Galien,

(1) *Essai sur la gravelle et la pierre*; Paris, 1838.

Arétée (1). Mais c'est surtout aux écrits de Sydenham et de F. Hoffmann qu'il faut remonter pour trouver une bonne symptomatologie de cette affection. Parmi les modernes, il faut citer, comme ayant ajouté à nos connaissances sur cette symptomatologie, et surtout comme ayant, par les recherches chimiques, fait connaître la composition des concrétions urinaires, leur étiologie et leur traitement, Marcet (2), Brugnatelli (3), Prout, Magendie (4) et Civiale (5). Je citerai dans le courant de cet article les principaux résultats de leurs recherches.

M. Civiale veut qu'on divise ainsi qu'il suit les concrétions urinaires : 1° lorsqu'elles consistent en une poudre fine, ou en paillettes, ou en très petits grains, il faut leur donner le nom de *sable ;* 2° la *gravelle* proprement dite consiste dans de petits corps granuleux gros au plus comme une tête d'épingle ; 3° lorsque ces concrétions ont acquis un plus grand volume, mais peuvent encore passer par l'uretère, ce sont des *graviers ;* 4° si leur diamètre est trop grand pour leur permettre ce passage, ce sont des *calculs ;* et 5° la dénomination de *pierres* est réservée aux calculs les plus volumineux. Cette division a une importance pratique incontestable. Aussi quoique, pour me conformer à l'usage, je désigne dans cet article les trois premières divisions sous le nom de *gravelle*, réservant pour l'article suivant les deux dernières, qui seront décrites sous le nom de *calculs*, je tâcherai de ne pas perdre de vue les différences signalées par M. Civiale, parce que, je le répète, la maladie est toute autre, suivant qu'on a affaire à une simple poussière dans l'urine ou à de véritables graviers.

On a encore proposé d'autres divisions fondées sur différentes circonstances, comme l'*aspect des graviers* (gravelle blanche, rouge, etc.) ; leur composition chimique (gravelle urique, phosphatique, etc.) ; des corps étrangers s'y trouvant accidentellement (gravelle pileuse) ; mais ces divisions n'ont de l'intérêt que sous des points de vue limités, tels que l'étiologie et le traitement. Il suffira donc de les rappeler lorsque j'exposerai les causes de la maladie et les moyens mis en usage pour la combattre.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

Je donne le nom de *gravelle* à toutes les concrétions qui, formées dans le rein, peuvent sortir par les conduits urinaires en déterminant ou non les symptômes connus sous la dénomination de colique néphrétique.

Cette maladie ainsi conçue n'a guère d'autre nom qui lui soit parfaitement applicable. On l'a comprise souvent, dans la description générale des concrétions urinaires, sous les noms de *calculatio*, *lithiasis*, etc.

La gravelle est une maladie des voies urinaires qui se présente fréquemment à l'observation, et il est certain qu'on la trouverait plus fréquemment encore si un certain nombre de sujets qui ont des petites concrétions sous forme de poussière ou de granules, ne négligeaient ce symptôme qui, n'entraînant aucun trouble sensible dans la santé générale, n'a pour eux aucune importance.

(1) *De curat. morb. diut.*, lib. II.

(2) *An essay on the chem. hist. and med. treat. of calc. disord.*; London, 1817.

(3) *Litologia umana;* Pavia, 1819.

(4) *Recherch. sur la gravelle ;* Paris, 1828, in-8. — *Dict. de médecine et de chir. pratiques*, art. GRAVELLE, t. IX, p. 237.

(5) *Traité de l'affection calculeuse ;* Paris, 1838. — *Du traitement médical et préservatif de la pierre et de la gravelle ;* Paris, 1840.

calices sont énormément distendus; la substance du rein est atrophiée et réduite à une lame mince, et de là résultent les bosselures senties pendant la vie et qu'on voit après la mort. « Le liquide, dit M. Rayer, qu'on trouve dans les tumeurs après la mort, ou qui en sort à la suite d'une ponction, n'a jamais les qualités de l'urine saine, même dans les cas où la maladie résulte de l'oblitération des conduits urinaires, mais ce liquide contient toujours de l'urée. »

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Voici comment le même auteur pose le *diagnostic* : « De semblables tumeurs, dit-il, ne peuvent être confondues, par leur forme, qu'avec celles qui résultent des *kystes des reins*, de *l'accumulation du pus ou du sang* dans le bassinet et les calices dilatés; mais dans l'inflammation du bassinet l'urine est toujours plus ou moins chargée de pus, à moins que toute communication ne soit interceptée entre le bassinet enflammé et la vessie, ce qui n'est pas le cas le plus ordinaire. D'ailleurs, dans la *pyélite*, la tumeur est presque toujours douloureuse, et le plus souvent elle est indolente dans l'hydronéphrose. Dans les derniers temps de l'hydropisie des reins, l'urine muqueuse et légèrement filante rendue par le malade est bien distincte de l'urine purulente et sanguinolente de la *pyélite chronique* : de sorte que, après un examen attentif, il sera toujours possible de distinguer ces deux espèces de tumeurs rénales. »

Des erreurs de diagnostic assez graves ont cependant été commises au sujet de la maladie qui nous occupe. Dans trois cas cités par M. Rayer, et empruntés à différents auteurs, la tumeur rénale fut prise pour l'*utérus développé*, ou bien pour une *hydropisie de l'ovaire*, ou encore pour un *spasme de l'intestin* (Howison). Cette dernière maladie, même en admettant son existence, se trouve naturellement écartée par un signe bien simple : le son clair que doit rendre la tumeur intestinale, tandis que la tumeur rénale donne un son mat à la percussion. Quant aux deux autres, la position de la tumeur, et surtout la détermination de son point fixe, serviront, avec les symptômes propres aux affections dont l'ovaire ou l'utérus sont le siége, pour fixer le diagnostic. Reconnaissons, du reste, que, sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, la maladie qui nous occupe demande de nouvelles recherches.

Pronostic. On a vu plus haut que le pronostic de cette affection, lorsqu'elle n'a son siége que d'un seul côté, est loin d'être actuellement grave ; mais, ce qu'il y a à redouter, c'est que la cause qui a déterminé l'obstruction complète du conduit urinaire n'agisse tôt ou tard sur le côté opposé, car l'hydronéphrose double et permanente est une maladie mortelle. Lorsque le rein affecté s'enflamme, l'état devient très grave et souvent mortel.

§ VII. — Traitement.

Voici le résumé du traitement tel que l'a présenté M. Rayer : « Dans le traitement de l'hydronéphrose, il faut rechercher la cause de l'obstruction de l'uretère ; et si cette obstruction paraît due à un calcul, et que, par l'examen de l'urine et à l'aide d'autres renseignements, on parvienne à connaître la nature (1) du calcul.

(1) *Voy.* à ce sujet ce que j'ai dit dans le passage consacré au traitement chimique des concrétions urinaires, p. 291 et suiv.

gravelle que les pays tempérés et humides. Cet auteur a trouvé, en effet, que cette maladie est aussi commune en Égypte, dans l'Inde, en Suède, en Danemarck, qu'en France et en Angleterre.

Localités. On a remarqué que, sous le même climat et dans des conditions en apparence les mêmes, certaines localités offrent un très grand nombre d'individus atteints de concrétions urinaires, tandis que des localités très voisines n'en présentent aucun exemple. Faut-il voir dans ces faits une influence de l'air et des lieux? M. Magendie ne le pense pas, et croit plutôt qu'il faut tout rapporter au régime. C'est également à un régime animal et à l'abondance des boissons spiritueuses que M. Orfila rapporte le grand nombre de cas d'affections calculeuses qu'on observe dans l'île de Majorque. Mais nous allons voir combien d'incertitudes règnent sur l'influence du régime, et nous serons obligés de convenir qu'il y a dans ce point d'étiologie quelque chose qui nous échappe complétement et dont nous ne pourrions remplacer la connaissance que par de simples conjectures.

Une *vie sédentaire*, la *fortune*, qui permet de se procurer sans fatigue toutes les jouissances, sont regardées comme des conditions dans lesquelles la gravelle se développe bien plus fréquemment que dans des conditions opposées. Quelques observations faites sur les soldats et les marins semblent venir à l'appui de cette assertion; mais il ne faut pas oublier que ces derniers ne sont observés qu'à une certaine époque de leur existence, tandis que les observations faites sur les autres sujets portent sur toutes les périodes de la vie.

L'*hérédité* de la gravelle est assez généralement admise, et un bon nombre d'auteurs ont cité des faits en faveur de cette manière de voir; mais M. Civiale qui, pour étudier l'étiologie de cette affection, a rassemblé le plus grand nombre des faits connus, reste dans le doute à cet égard.

Il faut ajouter à cette énumération certaines maladies des parties supérieures des voies urinaires, comme le *rétrécissement*, l'*obstruction des uretères*, qui, en rendant difficile l'écoulement de l'urine, favorisent le dépôt des concrétions.

On a encore rangé parmi les causes prédisposantes la *dentition*, un *état habituel de tristesse*, une *contention d'esprit prolongée*, etc. Mais nous ne pouvons admettre leur influence réelle avant que des recherches plus exactes soient venues nous éclairer.

2° Causes occasionnelles.

De ce que certains individus ont rendu des graviers après un *exercice violent* ou après avoir été secoués par le cheval ou cahotés dans une voiture, on a paru en conclure que les secousses étaient des causes occasionnelles de la gravelle. Ne doit-on pas bien plutôt reconnaître qu'elles ont simplement provoqué la sortie des graviers, et qu'elles ont déterminé la manifestation, mais non la production de la maladie?

Aliments. Je n'ai point parlé du *régime* à propos des causes prédisposantes, parce que, dans les idées des auteurs qui lui accordent une certaine influence, il n'agit pas seulement en prédisposant l'organisme, mais en produisant la matière des concrétions, et par conséquent la maladie elle-même. Pour bien traiter cette question de l'influence des aliments et des boissons, il faudrait que des recherches eussent été faites, non seulement sur l'action de ces agents dans la production de la

gravelle en général, mais encore de chaque espèce de gravelle en particulier. C'est ce qui a été fait pour quelques unes, mais non pour toutes.

On a dit, et M. Magendie est un des principaux défenseurs de cette opinion, qu'un *régime azoté*, substantiel, composé principalement de *viandes noires*, est la principale cause de la *gravelle urique* (*gravelle rouge*, Mag.). Cette opinion s'est appuyée sur des faits de physiologie comparée et de pathologie. Mais M. Civiale, réunissant un bien plus grand nombre de faits, a démontré : 1° que la proportion de l'urée, augmentant notablement par le régime azoté, n'est nullement en rapport avec la proportion de l'acide urique ; 2° que, dans un grand nombre de localités où la nourriture est presque exclusivement animale, la gravelle est fort rare. Aujourd'hui cette influence du régime azoté est généralement regardée comme bien moins considérable qu'on ne l'a cru pendant quelque temps.

L'usage d'aliments contenant de l'*acide oxalique*, et de l'*oseille* en particulier paraît à quelques auteurs nécessaire pour la production des *graviers d'oxalate de chaux* (*gravelle jaune*, Magendie). Il est certain que plusieurs faits aujourd'hui bien connus ont prouvé le rapport de cause à effet de cette alimentation et de la gravelle dont il s'agit, et d'un autre côté, ainsi que le fait remarquer M. Becquerel (1), il suffit d'avoir pris une certaine quantité de ces aliments pour que, le soir même ou le lendemain, on trouve dans l'urine des cristaux d'oxalate de chaux ; mais est-il bien démontré que cette gravelle ne peut se produire dans aucune autre circonstance ? C'est ce qu'il ne me paraît pas permis de décider complétement.

On a pas recherché l'action des diverses alimentations sur les autres espèces de gravelle ; on s'est contenté de dire que le *fromage* (Kern), *certains fruits*, comme les poires, etc., pouvaient donner lieu à la gravelle, sans spécifier l'espèce. Ces assertions ne sont pas appuyées sur des faits assez importants pour qu'il soit nécessaire de les discuter.

Boissons. Les *boissons spiritueuses* ont été rangées parmi les causes les plus efficaces de la gravelle, et principalement de la *gravelle urique* ; mais cette opinion n'a pu soutenir l'épreuve des faits.

On a été naturellement porté à penser que les *eaux contenant certains sels*, et principalement des *sels de chaux* qu'on retrouve dans les graviers, devaient produire facilement la gravelle. Mais encore ici l'expérience a démenti la théorie. C'est ainsi qu'à Arcueil, dont les eaux contiennent une si grande quantité de carbonate de chaux, les habitants ne sont nullement sujets à la gravelle.

L'usage de la *bière* a-t-il plus d'action ? C'est ce dont il est permis de douter, malgré les assertions de Sœmmerring.

L'urine rendue après qu'on a pris du *thé* ou du *café* contient, d'après les recherches de M. Donné, une grande quantité d'acide urique cristallisant par le refroidissement. Faut-il en conclure que ces boissons peuvent par elles-mêmes produire la gravelle urique ? Je ne le crois pas. Ce qu'il faut inférer de ces expériences, c'est que, chez un individu prédisposé, l'usage de ces substances pourra déterminer la production de la maladie.

Enfin, on a dit que la *trop petite quantité* des boissons pouvait être une cause déterminante de la gravelle ; mais c'est là une assertion uniquement fondée sur de

(1) *Séméiotique des urines*, p. 430.

idées théoriques ; il en est de même du *défaut de chaleur animale* permettant la cristallisation des sels chez le vieillard, etc. On a vu quelquefois le *défaut d'exercice*, le *séjour au lit*, l'*immobilité*, être suivis de gravelle ; mais les sujets ont pu se trouver dans tant d'autres circonstances, qu'avant d'avoir des observations plus précises et plus détaillées que celles que nous connaissons, nous ne devons admettre ces faits qu'avec réserve.

On voit, d'après tout ce qui précède, qu'il faut reconnaître, avec les auteurs modernes, que dans la production de la gravelle il y a une influence cachée sans laquelle les causes en apparence les plus efficaces ne peuvent rien. La chimie et la physiologie nous ont plutôt fait connaître le *comment* que le *pourquoi*, ainsi que cela a lieu dans un grand nombre de faits pathologiques.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes, ai-je dit plus haut, ne diffèrent réellement que suivant le volume plus ou moins considérable des concrétions urinaires. C'est donc d'après la division établie par M. Civiale qu'il importe de les étudier.

1° *Sable dans l'urine*. Quand peut-on dire qu'il y a véritablement du sable dans l'urine et non un simple sédiment ? C'est là une première question qui ne laisse pas d'offrir quelques difficultés. Suivant M. Civiale, lorsque l'urine sort sans présenter à l'instant même des grains de sable tout formés, et que le refroidissement est nécessaire pour leur apparition, il n'y a pas gravelle. C'est là assurément un bon moyen de distinguer la gravelle du simple sédiment cristallisé ou non. Cependant il est quelques cas où la formation des cristaux d'acide urique est si rapide, que, bien qu'on ait eu le temps de voir l'urine transparente, la cristallisation a été presque instantanée. Si l'on ne peut pas dire que, en pareil cas, il y ait réellement gravelle, on doit reconnaître du moins qu'elle paraît imminente, et que cet état appelle l'attention du médecin : il était donc important de le signaler. Cette réserve faite, la différence établie par M. Civiale lève toutes les difficultés.

Que le sable sorte tout formé avec l'urine ; que, par conséquent, il y ait eu déjà cristallisation ou précipitation amorphe dans les voies urinaires, ou bien que la cristallisation n'ait lieu que par suite du refroidissement, les symptômes sont ordinairement nuls. Cependant on voit des sujets éprouver dans les régions rénales une *gêne*, et quelquefois une *douleur sourde*, qui peut les inquiéter s'ils ont reconnu l'état de leurs urines. Ce symptôme se remarque surtout dans le cas où le sable se forme dans le rein. M. Civiale a vu là un signe d'*irritation*, ce qui l'a engagé à regarder l'irritation comme la *cause organique* principale de la formation des concrétions urinaires. Mais l'étude attentive des faits et l'état des reins observé après la mort causée par d'autres maladies ne permettent pas d'accorder à cette opinion toute l'importance que lui donne cet auteur.

2° *Graviers pouvant traverser les uretères*. Chez des sujets qui ont déjà présenté du sable dans leurs urines, et parfois chez des individus qui n'ont point offert ce symptôme, l'urine rendue contient une plus ou moins grande quantité de *graviers* gros comme la tête d'une épingle, souvent plus petits, quelquefois plus volumineux. Chez ceux qui ont préalablement du sable dans les urines, voici comment se passent les choses, d'après M. Magendie : « Le plus souvent, dit-il, celui qui doit être attaqué de la gravelle ressent, quelques mois avant son apparition, un

sentiment particulier de *fourmillement*, d'*engourdissement* dans la région des reins ; son *urine est foncée en couleur* et laisse déposer, au bout d'une heure ou deux, un *sédiment rougeâtre* plus ou moins abondant..... Ces premiers symptômes s'accroissent, le sentiment d'engourdissement des reins se change en une véritable *faiblesse douloureuse* qui varie d'intensité ; le lendemain du jour où elle a été la plus forte, une certaine quantité de *sable* est évacuée avec l'urine. » Ces prodromes se rapportent particulièrement à la *gravelle urique*, qui est, il est vrai, la plus fréquente de toutes.

Plus tard, ces symptômes continuant, on trouve dans l'urine les graviers indiqués, et ordinairement arrondis. Souvent *le malade les entend tomber avec bruit dans l'urinoir*, mais ordinairement il n'éprouve aucun accident grave. Cependant on a vu maintes fois ces petits graviers, d'un diamètre inférieur à celui de l'uretère, produire de violents symptômes qui seront décrits plus bas, et qui ne sont autres que ceux de la *colique néphrétique*. Cet accident peut s'expliquer, dans quelques cas, par les aspérités d'un gravier qui ont arrêté ce corps étranger dans le conduit réno-vésical, et qui ont déchiré les parois de ce conduit ; ou bien par la forme de ce corps, qui, ayant dans un sens un diamètre considérable, s'est présenté au passage suivant ce diamètre. Mais, dans quelques cas aussi, on ne trouve aucune explication de ce genre. Il faut bien admettre alors une contraction, un resserrement spasmodique du canal qui a empêché le calcul d'avancer.

3° *Graviers d'un volume trop grand pour traverser librement l'uretère*. Lorsque les graviers sont trop volumineux pour traverser librement le conduit, ils peuvent souvent encore s'engager dans la partie supérieure, et ne descendre ensuite que très péniblement. En pareil cas, l'*hématurie* et la *colique néphrétique* sont les signes auxquels on reconnaît ces concrétions.

Il peut même arriver qu'après s'être engagé, un calcul reste fixé dans l'uretère, où il détermine d'abord une irritation, puis une inflammation plus ou moins vive. Dans ces cas, après un ou plusieurs accès de *colique néphrétique*, après une ou plusieurs *hématuries*, survient la distension de l'uretère, puis celle du rein, soit simplement par l'urine, soit par l'urine mêlée de pus. Ce dernier état morbide a été décrit, l'autre sera étudié plus tard.

L'*examen de l'urine*, dans ces trois espèces, fait reconnaître un grand nombre de caractères communs, et c'est pourquoi je l'ai renvoyé après la description des autres symptômes.

L'urine est en général aussi abondante qu'à l'état normal. On a vu néanmoins la *quantité* augmentée ou diminuée dans quelques cas. Il faut prendre garde de se laisser tromper par quelques circonstances. Les remèdes qu'on donne aux malades ont presque tous pour but d'augmenter la sécrétion urinaire ; il n'est donc pas surprenant qu'alors les urines soient plus abondantes. D'un autre côté, une concrétion peut obstruer l'uretère, et, dans ce cas, il y a, non pas diminution, mais arrêt de l'urine d'un côté. Dans les cas où les graviers produisent la colique néphrétique, l'urine peut être complétement supprimée, quoiqu'un seul uretère soit obstrué ; mais il est plus ordinaire de voir le rein sain suppléer en pareil cas à la sécrétion du rein malade.

On conçoit que l'urine doit présenter des caractères physiques très variables

suivant les cas. Tout dépend, en effet, non de la gravelle elle-même, mais de l'état dans lequel se trouvent les organes urinaires. Le sang, le pus, l'albumine, le mucus, lui donnent des aspects que nous avons décrits plus haut, lorsque l'inflammation occupe les voies urinaires. Dans le cas contraire, l'urine conserve ses caractères normaux, et la présence du sable ou des graviers est la seule circonstance remarquable.

Voici toutefois une distinction importante établie par M. Rayer entre l'état de l'urine dans les cas de *gravelle urique* et dans les cas de *gravelle phosphatique :* « Lorsque, dit cet auteur, les graviers qui déterminent ces accidents (ceux de la *colique néphrétique*) sont composés d'*acide urique* (et c'est le cas le plus ordinaire), l'urine est *acide*, et le sédiment offre des *cristaux rhomboïdaux* d'un jaune rougeâtre. Filtrée, elle devient légèrement louche lorsqu'on la traite par l'acide nitrique, qui précipite une certaine quantité d'acide urique ou d'albumine, mélangée ou non de globules sanguins.

» Lorsque les graviers sont *phosphatiques*, l'urine, *alcaline* et louche au moment de l'émission, s'éclaircit d'abord par l'addition de l'acide nitrique, et elle se trouble quelquefois ensuite par l'addition d'une plus grande quantité de cet acide, si elle contient de l'albumine, du sang ou du pus. »

Sable. Quelquefois, ai-je dit, le sable formé par la cristallisation des principes salins de l'urine ne se montre qu'après l'émission et un commencement de refroidissement. Ce n'est sans doute pas là encore un état réellement pathologique ; mais cette cristallisation annonce l'imminence de la véritable gravelle, ainsi que nous l'avons vu, et le traitement devant commencer dès ce moment, le médecin ne doit jamais négliger ce symptôme. Il est bien rare que le sable qui se produit ainsi après l'émission de l'urine soit autre chose que de l'*acide urique* cristallisé. La poudre qui en résulte a, par conséquent, presque toujours les caractères du sable qui s'est formé avant l'émission, et qui est également de l'acide urique cristallisé dans le plus grand nombre des cas.

Lorsque le sable est formé au moment même de l'émission, il se rassemble promptement au fond du vase, tandis que celui qui se dépose par suite du refroidissement se montre d'abord sur les bords là où le liquide offrant une moindre épaisseur, subit le plus promptement l'influence de la température extérieure. C'est là un signe différentiel qu'il ne faut pas oublier. Quant aux caractères chimiques de ces gravelles pulvérulentes, comme ils ne diffèrent pas de ceux qu'on retrouve dans les gravelles où les concrétions sont plus volumineuses, je me contente ici de donner quelques indications qui serviront à distinguer entre eux les différents sables.

L'*acide urique* se montre quelquefois sous forme de poudre amorphe, mais bien plus souvent sous forme de prismes rhomboïdaux. L'*urate d'ammoniaque* est en poudre amorphe, et se distingue du phosphate de chaux, également en poudre amorphe, en ce que ce phosphate se dissout complétement dans l'acide nitrique étendu au huitième, tandis que l'urate d'ammoniaque donne un précipité d'acide urique cristallisé. Les *phosphates* se montrent sous forme d'un sédiment blanc et crayeux ; cependant le *phosphate ammoniaco-magnésien* est cristallin, et présente des prismes à quatre pans, terminés par des pyramides à quatre faces ou en aiguilles.

Graviers. On se rappelle que nous avons réservé le nom de *graviers* pour les

concrétions qui présentent un *volume* qui varie ordinairement entre celui d'une tête d'épingle et celui d'un pois, et qui parfois ayant une grosseur plus considérable, causent par cela seul les accidents alarmants de la *colique néphrétique*.

La *forme* des graviers varie beaucoup. Cependant il est exact de dire, d'une manière générale, qu'ils sont ovalaires ou oblongs ; c'est là en effet, le cas le plus ordinaire. Mais on en a vu d'arrondis, d'autres qui avaient la forme d'une poire, qui étaient prismatiques, etc. Il arrive parfois, même lorsque les calculs ont la forme arrondie, qu'ils présentent à leur surface une ou plusieurs aspérités ; en pareil cas, on comprend facilement comment, en traversant l'uretère, ils déterminent l'*hématurie* et la *colique néphrétique*.

Le *nombre* de ces concrétions peut être très considérable. En général, il est en rapport inverse de la grosseur des petits calculs ; mais cette règle souffre des exceptions.

Les autres caractères étant différents suivant les graviers, on ne peut les présenter d'une manière générale. Voyons donc ce qui distingue chaque espèce de gravelle.

Gravelle urique. Les graviers d'acide urique, les plus communs de tous, sont d'un rouge jaunâtre : de là le nom de *gravelle rouge ;* mais cette couleur n'est pas propre à l'acide urique, elle est due à une matière colorante sur laquelle les chimistes ne sont pas parfaitement d'accord. En contact avec les alcalis, et surtout avec la potasse, ils se dissolvent facilement et promptement. L'acide nitrique les dissout avec effervescence, et si l'on évapore la solution jusqu'à siccité, il reste sur le vase une couche de couleur pourpre. Exposés à un feu vif, ils sont entièrement consumés, signe caractéristique très important pour le praticien.

Gravelle phosphatique. Les graviers de *phosphate ammoniaco-magnésien* sont ceux qu'on rencontre ordinairement dans cette espèce. Lavés, ils se présentent avec une couleur blanche ; mais avant cette opération ils sont gris, ce qui leur a valu le nom de *gravelle grise*. Ils verdissent le sirop de violette. Leur saveur est salée. Sur les charbons ardents ils noircissent, en répandant une odeur ammoniacale. La potasse et la soude, triturées avec eux, en dégagent l'ammoniaque.

Les graviers de *phosphate de chaux* n'ont pas le même intérêt pour nous ; ils sont très rares, ainsi que les concrétions formées par les autres sels calciques. Ils sont blancs, d'où le nom de *gravelle blanche*, qui leur est commun avec celle qui est formée de graviers de *carbonate de chaux*, etc.

Gravelle oxalique. Les graviers formés d'*oxalate de chaux* sont loin de pouvoir être rangés parmi les plus fréquents. Ils sont généralement d'un jaune brun, et ont été désignés par le nom de *gravelle jaune ;* cependant on les trouve quelquefois de couleur brune et noirâtre. En les brûlant à l'aide du chalumeau, on enlève l'acide oxalique, et il ne reste qu'une poudre blanche qui n'est autre chose que la chaux pure.

Gravelle pileuse. On a trouvé quelquefois, comme nous l'avons vu, des poils au milieu des concrétions ; mais cette circonstance, très remarquable sous d'autres points de vue, n'a pas un intérêt réel pour le praticien.

J'ai dû, pour bien faire comprendre les caractères de la gravelle, indiquer d'une manière distincte ce qui se passe, suivant que du sable seul ou des graviers plus ou moins volumineux sont rendus. Mais il ne faut pas croire que les concrétions

urinaires se présentent toujours de la même manière chez un même sujet. Il est des malades, sans doute, qui dans tout le cours de leur affection ne rendent que du *sable* avec leurs urines; mais il en est beaucoup aussi qui rendent tantôt du sable, tantôt des graviers d'un petit volume, tantôt des graviers assez volumineux pour causer les symptômes de la colique néphrétique, et souvent il est très difficile de découvrir la cause du changement qui a lieu, à des intervalles variables, dans la grosseur des calculs, changement d'où résulte une si grande différence dans les symptômes de la maladie.

Lorsque les concrétions sont assez nombreuses pour déterminer l'irritation des parties qui les renferment, lorsque la maladie dure depuis longtemps, et qu'il y a eu plusieurs accès de coliques néphrétiques, les reins finissent par s'enflammer d'une manière chronique, et de là les symptômes de la *néphrite chronique :* douleur, miction purulente, dépérissement. Ces symptômes persistent jusqu'à la mort, avec des exacerbations plus ou moins vives, toujours dues aux irritations vives causées par les concrétions, et il n'est pas rare, dans de semblables circonstances, de voir des calculs se former chez des sujets qui jusque-là n'avaient rendu que du sable ou des graviers.

§ IV. — Marche; durée; terminaison.

Il résulte de la description précédente que la *marche* de la gravelle est une des moins uniformes que nous connaissions. La variabilité du volume des concrétions en est la cause; car suivant que celles-ci sont volumineuses ou non, le malade peut être en proie aux plus vives souffrances, ou paraître dans le meilleur état de santé. A cela il faut joindre les effets du traitement, qui peuvent pendant un certain temps faire disparaître tous les symptômes, et les variations du régime et des conditions hygiéniques, dont l'action sur la gravelle déjà existante est souvent très marquée.

La *durée* de cette affection est illimitée. Lorsque le malade rend du sable déjà formé au moment de l'émission de l'urine, il est rare qu'on en triomphe; et lorsqu'il existe de véritables graviers, on voit la maladie se prolonger ordinairement jusqu'à la mort du sujet, qui, ainsi que nous l'avons vu, peut être causée par la gravelle elle-même, lorsque les graviers sont abondants et assez volumineux pour irriter les parties et pour franchir difficilement l'uretère.

§ V. — Lésions anatomiques.

Lorsque l'affection consiste simplement dans un dépôt de sable, on trouve dans les diverses parties des conduits urinaires comme des incrustations formées par ces concrétions. Nous avons vu que chez les nouveau-nés les *tubuli* sont dessinés sous forme de pinceaux par la poussière d'acide urique qu'ils contiennent. On peut également trouver dans les parois des cavités rénales quelques légères traces d'inflammation; mais en général ces dépôts pulvérulents n'occasionnent pas d'altération sensible dans l'organe.

Les graviers se retrouvent également en plus ou moins grande abondance dans les calices et le bassinet. On peut en rencontrer même dans la vessie. Les signes d'inflammation des reins sont alors bien plus prononcés, et lorsque les graviers sont volumineux, nombreux, couverts d'aspérités, ils ont ordinairement provoqué

l'inflammation chronique du bassinet, des calices et même de la substance des reins. De là le pus dans ces cavités, les abcès, etc. ; lésions que j'ai décrites à l'occasion de la *pyélite* et de la *néphrite chroniques*.

Si un gravier s'est arrêté dans l'uretère, et a suspendu le cours de l'urine et du pus, on observe la dilatation, par les liquides, du bassinet et de la partie de l'uretère située au-dessus de l'obstacle. Nous allons retrouver ces lésions plus marquées encore en décrivant les véritables *calculs rénaux*.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Le diagnostic de la gravelle telle que je l'ai décrite, c'est-à-dire abstraction faite des symptômes de la colique néphrétique, ne présente généralement aucune difficulté sérieuse, car la présence du sable ou des graviers dans les urines est le phénomène pour lequel on est consulté. Cependant il est quelques cas particuliers qui méritent d'être étudiés.

Un malade, sans avoir préalablement rendu du sable ou des graviers, éprouve des douleurs sourdes et continues dans une région rénale ou dans les deux à la fois; peut-on, en pareil cas, déterminer si ces douleurs sont dues à la gravelle dont la production n'est pas actuellement visible? Il faut dire, avec M. Civiale, que ce diagnostic, qui ne pourrait être porté que d'après des signes rationnels, est tout à fait impossible.

Un malade a, au contraire, rendu déjà du sable ou des graviers; après avoir été débarrassé des symptômes de cette affection, il lui survient de nouveau de la douleur, de la pesanteur dans la région rénale, mais on ne voit encore dans l'urine aucune concrétion. Dans ce cas, on peut supposer que de nouveaux graviers se sont formés dans les reins, mais on ne saurait porter un diagnostic positif, car beaucoup d'autres maladies, telles qu'une simple néphrite, un lumbago, une douleur nerveuse lombaire, peuvent produire des phénomènes semblables.

L'espèce de gravelle sera facilement diagnostiquée à l'aide des caractères qui ont été indiqués plus haut; il ne faudrait pas, comme le veulent quelques auteurs, se contenter de la couleur des graviers; car, ainsi que nous l'avons vu plus haut, elle peut être altérée par des substances étrangères. Pour le traitement il est important de porter d'une manière assez exacte ce diagnostic ; cependant ce qu'il est principalement nécessaire de se rappeler, c'est que la gravelle est tantôt acide et tantôt alcaline, car c'est d'après cette considération capitale qu'on lui oppose les principaux moyens de traitement.

§ VII. — Traitement.

Je n'ai pas à insister beaucoup sur le traitement de la gravelle, parce qu'il est le même que celui des calculs rénaux et de la colique néphrétique, à laquelle ces diverses concrétions donnent naissance. Il en sera par conséquent question d'une manière détaillée dans les deux articles suivants. Je dirai seulement ici que les diurétiques doivent être plus particulièrement opposés à la simple gravelle, attendu que tout ce qui peut favoriser l'expulsion des graviers suffit maintes fois pour faire disparaître les accidents les plus redoutables, et que ces graviers, étant peu volumineux, sont plus ou moins facilement entraînés par le liquide urinaire.

ARTICLE IV.

CALCULS RÉNAUX.

Ce que je viens de dire relativement aux petites cristallisations ou concrétions qui constituent la gravelle me dispense d'entrer dans de longs développements sur les calculs qui se forment dans les reins ; la seule différence capitale qui existe en effet dans ces concrétions se trouve dans leur volume et dans leur forme. Je vais donc rapidement exposer ce qui appartient en propre aux calculs volumineux formés dans les reins, et passer ensuite immédiatement au traitement mis en usage pour les dissoudre, ainsi que les graviers dont je viens de tracer l'histoire.

Les *causes* des calculs rénaux ne diffèrent pas de celles de la gravelle. Leur *volume* varie énormément ; ainsi on en trouve qui excèdent à peine la grosseur d'un pois, et qui néanmoins n'ont pu être expulsés par l'uretère ou qui sont restés fixés dans le point où ils se sont formés ; d'autres, au contraire, remplissent tout le bassinet, et l'on en a vu qui, envoyant des prolongements rameux dans toutes les cavités rénales, ont ainsi envahi l'organe tout entier.

La *forme* des calculs n'est pas moins variée ; cependant on les trouve ordinairement arrondis, présentant ou non des aspérités plus ou moins considérables, par suite des prolongements qui envahissent les diverses cavités rénales. Leur forme est quelquefois très bizarre, aussi les a-t-on comparés souvent à divers animaux avec lesquels ils avaient une ressemblance grossière.

Ces calculs se trouvent ordinairement dans le bassinet et dans le calice ; on en a vu qui étaient à moitié engagés dans l'uretère, et, dans un cas, la partie engagée était longue et amincie, tandis que la partie restée dans le bassinet était aplatie, ce qui donnait au calcul la forme d'un clou.

La *composition* des calculs est la même que celle des concrétions décrites à l'article *Gravelle ;* cependant il arrive quelquefois qu'on trouve dans les calculs volumineux plusieurs couches de composition différente. « Non seulement, dit M. Civiale, toutes les espèces de calculs simples et homogènes peuvent prendre naissance dans le rein, de même que dans tous les autres départements des voies urinaires ; mais ils peuvent aussi, en y séjournant, y passer par tous les changements de nature et d'aspect qu'ils subissent dans la vessie. » Il faut seulement savoir que ces changements sont beaucoup plus rares dans la première de ces parties.

La *dureté* des calculs est très diverse ; ceux qui sont formés d'acide urique sont les plus durs. Ce caractère, du reste, n'a nullement l'importance qu'il présente dans les calculs de la vessie.

Il résulte de la diverse composition des calculs que les caractères chimiques peuvent varier plusieurs fois dans l'épaisseur d'une même concrétion ; car les concrétions sont généralement formées de couches concentriques, mais ce sont toujours les mêmes substances indiquées à l'article *Gravelle*, et par conséquent il n'y a pas à y revenir ici.

Symptômes. Un calcul rénal très volumineux peut exister longtemps dans le rein sans déterminer aucun symptôme. Les auteurs en ont rapporté d'assez nombreux exemples. Mais ordinairement on observe des phénomènes remarquables, dont les

principaux ont été déjà décrits (1). Ce sont des douleurs plus ou moins vives, occupant la région rénale et augmentant souvent, d'une manière extrêmement marquée, dans les mouvements brusques, pendant la course, dans l'équitation, et surtout en voiture ; ces douleurs se transforment souvent alors en véritables coliques néphrétiques. En pareil cas, tantôt le calcul se déplaçant, une de ses aspérités irrite violemment la substance rénale, et tantôt ce corps étranger s'engageant dans l'uretère, distend considérablement le conduit et arrête le cours de l'urine ainsi que l'évacuation de la matière purulente.

Les symptômes de la pyélite, d'abord aiguë, puis chronique, des *hématuries* à des époques variables, et, au bout d'un temps indéterminé, l'inflammation profonde du rein, sa destruction, le *dépérissement*, la *fièvre hectique* qui en est la suite, complètent le tableau de ces symptômes, auxquels se joignent fréquemment ceux de la pierre dans la vessie, car il n'est pas rare que cette dernière affection soit la conséquence de la tendance aux concrétions urinaires qu'on observe dans le rein.

La *marche* de la maladie est plus uniforme que dans la gravelle, c'est-à-dire que les symptômes existent d'une manière plus continue, et que, lorsque les calculs ont atteint un certain volume, on n'observe ordinairement pas des améliorations aussi notables que dans le cas de simples graviers ; mais les exacerbations, et par suite ces accidents si graves qui constituent la colique néphrétique, ne laissent pas de donner aux calculs rénaux un certain caractère d'intermittence irrégulière.

Cette affection cause la mort en déterminant les *lésions* profondes que j'ai eu bien des fois l'occasion d'indiquer jusqu'à présent, et sur lesquelles il serait peu utile de revenir ici.

Nous avons vu plus haut que les calculs pouvaient exister à l'état latent, mais ordinairement il n'est pas très difficile de reconnaître leur existence. Une douleur fixe dans une des régions lombaires ; l'exaspération de cette douleur sous l'influence des grands mouvements et surtout des secousses ; l'hématurie peu abondante qui en est parfois le résultat ; enfin la présence ordinaire ou fréquente d'une certaine quantité de pus ou de muco-pus dans l'urine serviront à fixer le *diagnostic*.

Lorsqu'il survient un *abcès*, une *tumeur des reins*, des *accès de colique néphrétique*, le diagnostic est tel qu'il a été présenté dans les articles précédents.

TRAITEMENT DES CONCRÉTIONS URINAIRES AYANT LEUR SIÉGE DANS LES REINS.

Il ne doit être question dans ce traitement, je dois le répéter ici, que des moyens signalés comme pouvant dissoudre les concrétions urinaires plus ou moins volumineuses, et faire disparaître toute tendance à la production de ces concrétions. Ce que je vais dire s'applique donc en même temps à la *gravelle* et aux *calculs* proprement dits, mais non aux accidents de *colique néphrétique* qui résultent de l'action de ces corps étrangers sur les reins ou les uretères.

Avant que la chimie nous eût fait connaître d'une manière précise la composition chimique des calculs, les moyens de traitement étaient indifféremment dirigés contre toutes les concrétions urinaires. Aujourd'hui encore, il est un certain nombre de ces moyens qui sont administrés sans qu'on tienne compte de la composition de ces concrétions ; je crois donc devoir commencer par l'étude de ces moyens communs.

(1) Voy. *Hématurie*, *Néphrite*, *Abcès rénaux*.

Je ferai ensuite connaître ceux qu'on a dirigés particulièrement contre les gravelles urique et phosphatique, et je dirai un mot du traitement de la gravelle oxalique et de la gravelle cystique. Ce n'est pas que je regarde comme parfaitement établie, ainsi qu'on le verra plus loin, la nécessité d'employer des moyens tout spéciaux pour chacune de ces espèces; mais cette division est nécessaire pour mettre de l'ordre dans l'exposition du traitement, et pour nous mettre à même d'apprécier à leur juste valeur les arguments des auteurs en faveur de leurs opinions, car nous trouverons la controverse établie sur la plupart des points que nous allons examiner.

1° *Moyens dirigés indifféremment contre toute espèce de calcul rénal ou de gravelle.* Lorsqu'il n'y a ni violente irritation des reins par les calculs ou par les graviers, ni passage difficile de ces corps étrangers dans l'uretère, etc., on ne pratique ordinairement aucune *émission sanguine;* cependant, si le sujet est vigoureux, sanguin, pléthorique, beaucoup de médecins, et en particulier ceux qui, avec M. Civiale, regardent l'irritation comme une des principales causes de la gravelle, conseillent de tirer une certaine quantité de sang, soit par la *saignée générale*, soit plus ordinairement par l'application des *sangsues* et des *ventouses scarifiées.* Cette partie du traitement n'étant applicable qu'à un nombre de cas limités, je n'insiste pas davantage.

Les *boissons abondantes* sont universellement recommandées. L'important dans cette médication est d'introduire dans l'économie une grand quantité de liquide aqueux, de manière que par ce seul fait, d'une part, l'urine se trouvant à un moindre degré de concentration, les parties solides restent plus facilement en dissolution; et, de l'autre, l'activité des reins se trouvant augmentée, le sable et les graviers qui pourraient se former soient plus facilement et plus promptement expulsés.

L'*eau simple* peut, par conséquent, être mise en usage dans ce but; les anciens auteurs, et en particulier Mead, recommandaient de ne boire que de l'*eau de rivière*, ce qui tenait à des idées particulières sur l'étiologie des calculs rénaux. Ils pensaient que les eaux de source et de puits, contenant ordinairement une grande quantité de carbonates alcalins, devaient favoriser la formation de calculs dans lesquels les sels alcalins se rencontrent assez fréquemment, comme nous l'avons vu plus haut; mais ces idées n'ont plus de crédit.

Le plus souvent on a recours à diverses infusions, dont la plupart sont regardées comme ayant une vertu *diurétique.* Ce sont les tisanes de *racine de fraisier*, de *chiendent*, de *queues de cerises*, de *lierre terrestre*, de *pariétaire*, de *busserole* de *pareira brava* (recommandée par Geoffroy).

Il est une substance qui a été regardée comme ayant une efficacité toute particulière dans le traitement de la gravelle: c'est le *suc des jeunes pousses du bouleau.* Van Helmont et Boyle, cités par Boerhaave (1), disent que le suc exprimé de ces pousses coupées au printemps, lorsqu'elles n'ont encore que trois travers de doigt de long environ, et donné à la dose de quelques cuillerées par jour, a été très utile aux calculeux. On sent que de pareilles assertions auraient besoin d'être appuyées sur les faits. Il faut ajouter que le suc est acidule, et que par conséquent on pourrait le regarder comme plus approprié au traitement de la gravelle où domine le principe alcalin, qu'à tout autre.

(1) *Chem.*, t. II.

Térébenthine. Il faut rapprocher des substances que je viens d'indiquer la térébenthine, qui a été donnée par bon nombre d'auteurs depuis Meibomius, comme calmant la colique néphrétique, mais qui a été aussi administrée comme pouvant faire disparaître les concrétions urinaires. Le docteur Lutheritz l'a surtout préconisée, et voici comment le docteur Richter (1) administre cette substance :

℞ Térébentine de Venise.....	2 gram.	Extrait de réglisse.........	12 gram.
Savon médical............	12 gram.		

Mêlez. Faites des pilules de 0,10 grammes. Dose : de 10 à 15 par jour.

Les *bains tièdes* prolongés, que l'on fait ordinairement prendre aux malades, agissent dans le même sens que les boissons abondantes.

M. Civiale recommande les *applications émollientes* pour combattre l'irritation qui, selon lui, est la principale cause de la gravelle.

Diurétiques. Nous venons de voir que le principal effet des boissons précédentes est de rendre les urines plus abondantes, et que par conséquent c'est comme diurétiques qu'elles agissent réellement ; mais il est d'autres substances dont la vertu diurétique est plus marquée, et dont j'ai cru devoir dire quelques mots à part.

Les diurétiques employés contre la gravelle ne l'ont jamais été à des doses très considérables. Ainsi le *nitrate de potasse*, que l'on fait ordinairement dissoudre dans la *tisane de chiendent*, est administré à la dose de 50 à 60 centigrammes.

Ce n'est que comme diurétique que la *bière légère* (Ségalas), le vin de Champagne étendu d'eau, ont quelque effet dans le traitement de la maladie. Il serait inutile d'entrer dans de plus grands détails à ce sujet, rien n'étant plus facile que de diriger une semblable médication.

Que l'on fasse entrer ou non dans les boissons abondantes des diurétiques plus ou moins actifs, il est à craindre que l'estomac ne puisse pas les supporter, et que des troubles marqués dans les digestions ne viennent aggraver l'état du malade. C'est pour obvier à cet inconvénient que M. Magendie propose de donner ces *boissons à la glace*. Elles sont, en effet, généralement beaucoup mieux supportées en cet état.

Moyens divers. Quelques autres moyens applicables à toutes les espèces de gravelle ont été proposés par les auteurs. Voici les principaux :

Le *copahu* est une substance qui, par son action, se rapproche de celles qui ont été indiquées jusqu'à présent. Déjà quelques auteurs l'avaient recommandée, lorsque le docteur Chrestien (2), l'unissant à la *décoction de café cru*, en a fait un des principaux médicaments opposés à cette maladie. Le traitement est dirigé de la manière suivante :

℞ Baume de copahu......................
Farine de froment...................... } ÅÅ parties égales.
Gomme arabique......................

Faites des pilules de 0,30 grammes. Dose : 6 le matin et 6 le soir.

Immédiatement après avoir pris les pilules, on doit boire une grande tasse de la décoction suivante :

(1) *Spec. therap.*
(2) *Revue médicale*, octobre 1836.

℞ Café cru........................... 30 semences entières.

Faites bouillir pendant une demi-heure dans :

Eau commune........................ 2 litres.

Dans la journée, on prend une troisième tasse de cette décoction.

Nous n'avons pas de données précises pour nous fixer sur la valeur de ce traitement, qui, d'après le docteur Chrestien, doit être continué *pendant plusieurs années;* et, d'un autre côté, ce ne serait pas sans doute une petite difficulté pour le médecin, d'engager le malade à se soumettre à une pareille médication pendant si longtemps.

Le docteur Roques (1) a également vanté les bons effets du *café* contre la gravelle.

Enfin, M. Foy (2) a cité un cas de guérison de *gravelle urique* chez un goutteux, par l'usage journalier de cette substance; toutefois, il faudrait de nouveaux faits pour établir définitivement son efficacité.

M. Levrat-Perroton (3) a vanté les bons effets de la *marchantia conica* (hépatique des fontaines). Cette plante, administrée aussi par M. Gensoul, est, suivant M. Levrat-Perroton, un diurétique meilleur, dans les cas de gravelle, que ceux qu'on a l'habitude de prescrire. Il la donne en *décoction concentrée*, à la dose d'un litre et demi à deux litres par jour. Il y a recours dans la dysurie dépendant de la présence des graviers et dans la colique néphrétique.

En Italie, on emploie comme lithontriptique, les *gouttes de Palmieri* (4), dont voici la formule.

℞ Fleurs de soufre........................ 30 gram.

Faites bouillir dans :

Eau de goudron........................ 500 gram.

Maintenez l'ébullition jusqu'à ce que la liqueur ait pris une belle couleur rouge rubis. Décantez et conservez pour l'usage. Dose : de 13 à 20 gouttes comme moyen curatif, et 10 gouttes comme préventif.

Il faut en appeler à l'expérience pour savoir à quoi s'en tenir sur la valeur de ce remède.

Enfin je citerai l'usage du *miel* pris à la dose de 400 grammes par semaine, uniquement parce qu'il a été recommandé par Pringle, car rien ne prouve qu'il ait une efficacité réelle. Quelques médecins, et entre autres M. Civiale, ont conseillé les *sudorifiques;* mais la plupart des auteurs proscrivent ces médicaments, parce qu'il y aurait contradiction à exciter les transpirations chez des sujets dont on veut rendre les urines plus abondantes.

Toutefois on peut admettre que, dans les cas où les urines contiennent un dépôt considérable d'acide urique, une perte plus ou moins considérable, par la transpiration, des acides contenus dans le sang, peut avoir un bon effet.

On a encore prescrit les *eaux sulfureuses* en boisson et en bains, les *bains froids*, les *douches de vapeur*, etc.

Borsieri (5) conseille aux malades de *ne pas se coucher du côté du rein affecté.*

(1) *Bulletin de thérapeutique.*
(2) *Bulletin général de thér.*, 15 mars 1848.
(3) *Revue méd.*, novembre 1845.
(4) Voy. *Bull. gén. de thérap.*, 30 septembre 1840.
(5) *Inst. med. pract.*, t. IV, *De nephralgiâ.*

Il donne ce conseil dans l'intention de prévenir la formation des concrétions, en mettant l'organe dans une position moins déclive, et en facilitant l'écoulement de l'urine du rein dans la vessie, ce qui entraîne les concrétions, et les empêche d'acquérir un volume notable. Il est plus que douteux qu'on atteigne ce but par ce moyen mécanique, et l'on doit bien peu compter sur cette médication préventive.

Je ne parle pas ici de la recommandation que fait M. Magendie de se livrer à la *marche* et à l'*équitation*, parce que ces exercices, n'ayant pour but que de faire détacher les graviers avant qu'ils soient trop gros, ne sont qu'un moyen préventif de la *colique néphrétique*. J'y reviendrai en parlant de cette maladie.

Régime. Il semble que les opinions si diverses émises par les auteurs sur l'influence du régime ont dû les conduire à prescrire un genre de vie très différent suivant la manière de voir de chacun ; mais il n'en est rien. Ils s'accordent tous à proscrire les aliments succulents, les viandes noires, les liqueurs alcooliques. Des idées très diverses les ont conduits aux mêmes conclusions. Ceux qui, avec M. Magendie, regardent le régime succulent et les boissons alcooliques comme la principale cause de la gravelle, ont naturellement recommandé un régime opposé, et ceux qui, avec M. Civiale, n'accordent point d'influence réelle au régime, ont trouvé dans l'irritation qui, suivant eux, occupe le rein, un motif suffisant pour adopter cette pratique. C'est donc une manière de voir unanime que chez les sujets atteints de gravelle on doit recommander aux malades de se nourrir de viandes blanches, de poissons, de légumes, de manger peu, et de se priver de boissons alcooliques. Quelques médecins, et en particulier M. Magendie, veulent même qu'on supprime entièrement tout aliment contenant de l'azote, et qu'on se soumette à un *régime purement végétal*. Lobb (1) avait déjà insisté sur l'utilité du régime végétal. Mais ce que nous avons dit dans l'article consacré à l'étiologie doit nous faire regarder cette prescription comme beaucoup trop rigoureuse; car si l'on peut accorder une certaine influence au régime sur la production des concrétions urinaires, il ne faut pas en conclure que cette influence est due à la présence de l'azote dans les aliments. Cette explication, toute chimique, est bien loin d'avoir la valeur d'une démonstration.

2° *Moyens dirigés particulièrement contre la gravelle urique*. Lorsque les analyses chimiques ont fait parfaitement connaître la composition des concrétions urinaires, on a pu croire qu'il allait devenir facile de diriger contre chacune de leurs espèces des moyens appropriés qui en triompheraient facilement; mais on a bientôt vu combien les réflexions de M. Liebig sur les médications de ce genre sont incontestablement justes. « Sans poser, dit cet auteur, les questions d'une manière précise, on a mis le sang, l'urine et d'autres parties de l'organisme, sain ou malade, en contact avec des alcalis, des acides et toute espèce de réactifs chimiques, et l'on est parti de ces réactions pour faire des inductions sur les phénomènes de l'économie. Quelquefois le hasard a conduit ainsi à un médicament utile; mais il est impossible qu'une pathologie rationnelle se fonde sur ces sortes de réactions, car l'économie animale ne peut pas être considérée comme un laboratoire de chimie. »

(1) *A treat. on dissol. of a stone*, etc.; London, 1739.

Ce que M. Liebig dit de la pathologie en général s'applique particulièrement au traitement de la gravelle urique. Comment ne pas être persuadé que cette gravelle acide devait céder, sans qu'il pût y avoir de doute à ce sujet, au traitement par les *boissons alcalines*? Aussi s'est-on empressé d'administrer ces boissons en plus grande abondance et avec plus de persévérance qu'on ne l'avait fait encore; mais les expériences regardées par quelques médecins comme entièrement favorables à la théorie sont loin d'en avoir convaincu quelques autres. Examinons rapidement les principaux points de ce débat important.

MM. Magendie (1) et Darcet (2) attirèrent d'une manière particulière l'attention des médecins sur le traitement alcalin de la gravelle urique, puis plusieurs auteurs rapportèrent des faits et des expériences en faveur de cette médication; mais c'est M. Ch. Petit (3) qui a principalement insisté sur l'utilité de la médication alcaline qu'il a employée très fréquemment à Vichy. Suivant lui, les calculs d'acide urique, même volumineux, sont dissous, sur le vivant, après avoir été transformés en urates solubles. Tel est l'état de la question dans sa plus grande simplicité, car nous devons ici écarter les expériences faites en plongeant des calculs dans de l'eau alcaline, ou en les soumettant à un courant de ce liquide. Ces expériences ont pu, en effet, porter à recourir aux eaux alcalines, mais ce n'est que sur les faits cliniques qu'on peut établir une opinion solide. Or ces faits ont été vivement critiqués par M. Civiale et surtout par M. Leroy d'Étiolles, qui a étudié avec le plus grand soin ce point important de thérapeutique. Ce dernier auteur a démontré que la plupart des faits cités par M. Ch. Petit manquaient des conditions nécessaires pour établir la conviction dans les esprits sévères; que dans beaucoup, la présence du calcul n'avait pas été suffisamment constatée (4); que jamais on ne les avait mesurés exactement, et qu'enfin les améliorations éprouvées par les malades s'observent tous les jours sous l'influence d'une autre médication, et même en l'absence de toute autre médication.

D'un autre côté, M. Leroy d'Étiolles a cité plusieurs cas dans lesquels les alcalins pris à l'intérieur ont été complétement inutiles, et, ce qui est bien plus grave, d'autres où ce traitement a été nuisible. Cet auteur a, en effet, constaté la présence du carbonate de chaux, formant une ou plusieurs couches, sur des calculs composés d'autres substances, et il a montré que ces couches, que M. Petit regardait comme une preuve de l'action dissolvante des eaux alcalines, étaient dues, non à la décomposition de la partie la plus superficielle des calculs, mais bien au dépôt des sels terreux contenus dans les urines et précipités par l'alcalinisation de celles-ci; d'où il suit que les calculs avaient augmenté de volume sous l'influence du traitement. M. Bouchardat a été conduit aux mêmes résultats, en examinant des calculs avant et après le traitement par les alcalins. Enfin on a cité des faits où il a été permis de penser, quoiqu'on n'en ait pas eu la démonstration directe, que la

(1) *Recher. sur la grav.*; Paris, 1828.
(2) *Annales de chimie et de physique*, 1826.
(3) *Du trait. méd. des calculs urinaires*, etc.; Paris, 1836 — *Nouv. observ. de guérison des calculs urin. au moyen des eaux therm. de Vichy*; Paris, 1837. — *Du mode d'action des eaux minérales de Vichy et de leurs applications thérapeutiques*, etc.; Paris, 1850, p. 153 et suiv.
(4) Dans la discussion, les auteurs ont parlé en même temps de la gravelle, des calculs rénaux et des calculs vésicaux, et c'est surtout de ces derniers qu'ils se sont occupés; mais on conçoit que ce qui se dit d'une de ces espèces de concrétions urinaires peut facilement s'appliquer aux autres.

médication alcaline avait été la cause efficiente et unique de la formation de calculs.

On voit, par ce qui précède, combien d'objections s'élèvent contre cette médication qui tout d'abord paraît devoir être si efficace, et combien on doit se méfier des indications théoriques. Mais que devons-nous conclure de cette discussion que j'aurais présentée avec de plus grands développements si je n'avais été forcé de me borner, et dont j'ai donné seulement la substance (1)? Je pense, et c'est une opinion assez générale, que dans les cas où il n'y a que du sable dans les urines, ou des graviers d'un très petit volume, on peut attendre de bons résultats de la médication par les alcalins; mais que, dans les cas où les graviers ont un certain volume, et surtout dans les cas de véritables calculs, il n'est pas permis d'espérer la *dissolution* des concrétions urinaires, et l'on doit redouter d'aggraver le mal que l'on veut combattre, si l'on n'emploie pas les alcalins avec réserve et prudence.

Ce qui autorise à penser que la médication alcaline a un degré d'utilité qui, bien qu'inférieur à celui que lui ont attribué quelques médecins, n'en est pas moins réel, c'est qu'il est incontestable que, sous l'influence de cette médication, les urines deviennent alcalines, et que la sécrétion urinaire est notablement augmentée. Après ces considérations nécessaires, nous pouvons exposer le traitement dirigé contre la *gravelle urique;* nous verrons plus loin que les moyens qui le constituent sont à peu près les mêmes que ceux qu'on oppose à la *gravelle phosphatique;* et ce fait seul, malgré les explications qu'on en a données, prouverait que l'action des alcalins n'est pas aussi sûre qu'on a voulu le dire.

Alcalins. Il ne faudrait pas conclure de ce que je viens de dire que le traitement de la gravelle par les alcalins est d'origine récente. Depuis très longtemps on les avait mis en usage; mais, je le répète, c'est dans ces derniers temps qu'on a cherché à spécifier les cas.

Les *carbonates de potasse, de soude, de chaux, de magnésie* ont été administrés par un grand nombre de médecins. Les médecins des siècles derniers recommandaient la poudre de *coquille d'huître*, de *coquille d'œuf*, suspendue dans diverses boissons, et l'on sait que le carbonate de chaux constitue en grande partie ces enveloppes. Des remèdes secrets qui ont joui d'une très grande réputation, comme celui de mademoiselle Stephens, avaient pour agent principal ce sel terreux. Il serait inutile de rechercher les compositions de ces remèdes, remplacés avantageusement aujourd'hui.

Les *carbonates de potasse et de soude* avaient déjà été recommandés par Basile Valentin, chimiste du XV[e] siècle. Plus tard, on prescrivit la *lessive des savonniers* étendue d'eau; aujourd'hui nous avons de nombreuses formules où entrent ces substances. C'est le carbonate ou plutôt le *bicarbonate de soude* dont on fait le plus souvent usage. Voici une préparation recommandée par M. Robiquet :

℞ Bicarbonate de soude cristallisé. 8 gram. | Eau.................... 1000 gram.

Faites dissoudre. Dose : un ou deux litres dans les vingt-quatre heures.

Si cette boisson non édulcorée excitait de la répugnance, on pourrait prescrire la suivante :

(1) *Voy.* le rapport fait à l'Académie de médecine par A. Bérard (*Bulletin de l'Académie de médecine;* Paris, 1839, t. III, p. 535, 699, 811, 964.

℞ Bicarbonate de potasse cristallisé, de 2 à 8 grammes progressivement.	Sirop de sucre............ 60 gram.
Teinture de vanille........... 1 gram.	Eau.................. 1000 gram.

A prendre par tasses dans la journée. Il est recommandé d'en boire de deux à quatre litres par jour.

On peut rendre la boisson gazeuse en employant une formule analogue à celle de la potion de Rivière :

℞ Bicarbonate de soude....... 100 gram.	Sucre en poudre........... 200 gram.
Acide tartrique pulvérisé.... 60 gram.	

Mêlez et conservez dans un bocal bouché. Trois ou quatre fois par jour, on met une cuillerée à bouche de ce mélange dans un verre d'eau, et l'on en boit au moment de l'effervescence.

Les *eaux minérales alcalines*, comme celles de Vichy, de Bussang, de Carlsbad, etc., ont une réputation plus ou moins grande pour le traitement des concrétions urinaires; mais celles de Vichy ont été surtout vantées, ainsi que nous venons de le voir. La quantité qu'on en prescrit dans certains cas est énorme; mais nous avons exposé les raisons qui doivent rendre réservé dans cette administration.

Lorsque la quantité considérable de boissons qu'exige ce traitement ne peut pas être supportée, on recommande de donner à l'état solide les substances alcalines qui ont été indiquées plus haut. On peut prescrire :

℞ Bicarbonate de soude...... 2 gram. | Sucre en poudre....... 6 gram.

Prendre trois ou quatre fois par jour cette dose, par paquets, dans du pain à chanter.

D'après ce que nous avons dit plus haut, on ne doit pas attendre du médicament administré de cette dernière manière d'aussi bons résultats que des boissons alcalines abondantes, par la raison même que ces dernières introduisent dans l'économie une grande quantité de liquide. Cependant il ne faudrait pas regarder ce moyen comme entièrement inefficace; car, ainsi que le fait remarquer M. Marcet, outre leur action chimique, les alcalins en ont une autre qui peut être très utile dans la gravelle : c'est celle d'exciter la sécrétion urinaire. On peut par conséquent leur appliquer ce que j'ai dit à propos des substances *diurétiques* en général.

On a eu recours à d'autres substances ayant les alcalis pour base, comme le *tartrate de potasse* et le *borate de soude*. Hulme (1) employait un traitement dont le tartrate de potasse était la base, et qui est ainsi composé :

Quatre fois par jour, et à des intervalles égaux, administrez la solution suivante :

℞ Tartrate de potasse..... 0,75 gram. | Eau pure.............. 120 gram.

Dissolvez. A prendre en une fois.

Immédiatement après, faites prendre au malade :

℞ Eau pure.............. 150 gram. | Acide sulfurique faible....... 20 gouttes.

Ce traitement doit être continué pendant trois ou quatre semaines. S'il survenait une irritation de la vessie, il faudrait suspendre ces moyens pendant quelques

(1) *A safe and easy remedy proper for the relief of the stone*, etc.; London, 1778.

jours, et donner des émulsions. On doit entretenir la liberté du ventre. Ne permettre pour boisson que de l'eau additionnée d'un peu de vin blanc.

Hulme a cité comme démontrant l'efficacité de ce traitement un fait qui n'est guère concluant, ainsi que l'a déjà fait remarquer Borsieri. Il s'agit, en effet, d'un sujet qui, étant mort après avoir pendant quelque temps été soulagé des douleurs que lui causait une affection calculeuse, avait encore dans la vessie un grand nombre de calculs qui n'avaient subi, rien ne le prouve du moins, aucun commencement de dissolution. Les docteurs Whœler, Gmelin, Chelius ont également recommandé le tartrate de potasse, acide ou neutre.

Je n'entre dans aucun détail sur le *borate de soude*, attendu que rien ne prouve que son action ait quelque chose de spécial.

Les alcalis sont encore administrés sous forme de *bains*. On prescrit soit les *bains d'eaux thermales* pris à la source, tels que les bains de Vichy, de Carlsbad naturels et artificiels, soit tout simplement cette solution de carbonate de soude :

℞ Eau...........	Q. s. pour un bain.	Carbonate de soude........	200 gram.

Dissolvez.

Acide benzoïque. Je ne dois pas terminer ce qui est relatif au traitement de la gravelle urique sans avoir fait connaître un moyen indiqué par M. Ure et cité par le docteur Lhéritier (1) ; ce moyen consiste dans l'administration de l'*acide benzoïque*, ou d'un *benzoate soluble.* Voici comment M. Lhéritier s'exprime sur ce point :

« L'urine des sujets auxquels on fait prendre de l'acide benzoïque ou un benzoate soluble fournit, lorsqu'on la traite par un douzième d'acide chlorhydrique, un précipité abondant de beaux cristaux d'un rouge foncé, qui, examinés au microscope, présentent la forme d'un prisme à quatre pans terminé par un sommet dièdre. Ces caractères appartiennent précisément à l'acide que contient l'urine du cheval et des autres animaux granivores, acide que M. Liebig a nommé pour cela acide hippurique.

» Le point important de ce résultat pour la pratique médicale, c'est que les sels que ce nouvel acide forme avec les bases ordinaires des fluides organiques, comme la soude, la potasse et l'ammoniaque, sont tous extrêmement solubles. L'hippurate de soude se dissout dans 2 parties d'eau à 60° F., tandis que l'urate de soude est presque aussi insoluble que l'acide urique lui-même, et qu'il ne faut pas moins de 4,000 parties d'eau pour en dissoudre une de ce sel. L'hippurate d'ammoniaque est à peine moins soluble que l'hippurate de soude ; enfin l'hippurate de chaux, le moins soluble de ces sels, l'est cependant encore dans 18 parties d'eau....

» On doit administrer l'*acide benzoïque avec le phosphate de soude*, qui a l'avantage de faciliter la solution de l'acide susnommé. On prescrit donc la mixture suivante :

℞ Acide benzoïque..........	1 gram.	Eau distillée..............	125 gram.
Phosphate de soude........	8 gram.	Sirop de sucre............	30 gram.

» A prendre en quatre fois dans la journée. »

(1) *Journ. des décour.*, t. Ier, 4e livrais.

Telles sont les prévisions de la théorie. C'est maintenant à l'expérience à nous apprendre si elles sont justes au point de vue thérapeutique.

3° *Moyens dirigés contre la gravelle phosphatique.* Ce qui prouve combien sont douteuses les raisons qu'on a fait valoir en faveur du traitement de la *gravelle urique* par les alcalis, c'est qu'on a appliqué les mêmes moyens au traitement de la gravelle phosphatique, quoique dans les cas de ce genre on ne puisse plus invoquer l'action chimique. Aussi a-t-on cherché à donner une autre explication. M. Darcet, prévoyant les objections qu'on pourrait adresser à l'emploi des alcalins dans la gravelle phosphatique, a dit que, en pareil cas, on obtenait, non une dissolution, mais une désagrégation des calculs. Or cette désagrégation n'est nullement prouvée par les faits, et dût-on avoir une très grande confiance dans des expériences faites avec l'eau de Vichy, sur des calculs hors du corps humain, dût-on en conclure qu'il existe réellement une désagrégation des calculs, encore devrait-on se demander si cette désagrégation dépend réellement de la composition chimique des boissons, ou seulement de leur grande abondance et de leur action sur la sécrétion urinaire. On le voit, plus nous avançons plus nous avons de motifs de douter de la grande influence chimique des boissons alcalines, tout en reconnaissant leur utilité dans de certaines limites, et c'est là, je le répète, l'opinion aujourd'hui la plus généralement partagée.

Les *boissons alcalines*, les *bains alcalins*, doivent être administrés comme dans le traitement de l'espèce précédente, mais avec plus de réserve encore, puisque leur action chimique est plus contestable.

Acides. Les médicaments qui sont particulièrement dirigés contre la gravelle phosphatique sont les *acides*.

Déjà Mascagni (1) avait vanté l'emploi de l'*acide carbonique* dans la gravelle. Plusieurs autres auteurs l'ont recommandé, et il faut citer entre autres Priestley, Percival et M. Thenard. Ce dernier (2) a surtout insisté sur l'utilité de cet acide.

Les *eaux gazeuses* ont la propriété d'activer considérablement la sécrétion urinaire, et c'est sous forme d'eau gazeuse qu'on administre l'acide carbonique. Y aurait-il dans l'action de ce médicament autre chose que l'effet diurétique? C'est encore ce qui est incertain. Toujours est-il que si l'emploi de l'acide carbonique n'a pas de plus grands avantages que les boissons alcalines, on ne peut du moins lui reprocher aucun inconvénient; aussi tous les médecins y ont-ils recours.

Les *eaux de Seltz*, *de Contrexeville*, l'*eau gazeuse artificielle*, etc., sont administrées à dose considérable, et l'on doit insister longtemps sur leur administration, car leur effet est nécessairement lent.

L'*acide hydrochlorique* a été proposé. Ferro (3) et M. Copland recommandent de le donner à la dose de *trente gouttes*, trois fois par jour, dans une suffisante quantité d'eau. Hartmann (4) préconisait l'*acide sulfurique*, et le docteur Carendeffez veut qu'on emploie les *acides oxalique* et *phosphorique*. On conçoit difficilement que ces derniers acides puissent avoir de bons effets; quant aux autres, c'est à l'expérience à nous éclairer. Toutefois je dois dire qu'on doit être très ré-

(1) Voy. *Hufeland's Journ.*, t. IX.
(2) *Annales de chimie*, t. XXXIX.
(3) *Mem. of the med. Soc. of London.*
(4) *Progr. de acid. vitrioli virt.*, etc.; Erfurth, 1778.

servé dans l'emploi des acides, qui peuvent fatiguer l'estomac et occasionner des troubles notables du côté des voies digestives.

Enfin M. Magendie, se fondant sur la facilité avec laquelle l'*acide lactique* dissout le phosphate de chaux, a proposé de l'employer dans le traitement de la *gravelle blanche*. Mais c'est encore à l'observation à nous apprendre ce que nous devons penser de l'efficacité de ce moyen.

4° *Moyens dirigés contre les gravelles oxalique et d'oxyde cystique.* Suivant M. Magendie, il n'y a d'autre moyen à opposer à la gravelle oxalique, que de discontinuer l'usage des aliments contenant de l'acide oxalique, et surtout de l'oseille. Mais M. Darcet pense que dans cette espèce même les boissons alcalines peuvent agir en opérant la désagrégation. Ce que j'ai dit à propos de cet effet, dans le traitement de la gravelle phosphatique, pourrait être reproduit ici.

Quant à la gravelle d'oxyde cystique (*gravelle transparente*, Mag.), il faut, suivant M. Magendie, soumettre les malades au *régime végétal*, et leur prescrire le *bicarbonate de soude* à la dose de 2 à 4 grammes progressivement.

Ayant, dans l'exposé précédent, distingué avec soin les divers cas et signalé les remèdes principaux, je ne crois devoir donner ni résumé détaillé ni ordonnances.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Moyens dirigés indifféremment contre toute espèce de calculs rénaux ou de gravelle.* Émissions sanguines, boissons abondantes; eau simple; suc de jeunes pousses de bouleau; térébenthine; bains tièdes; applications émollientes; diurétiques; moyens divers : copahu, café cru, sudorifiques, miel, gouttes de Palmieri, marchantia conica, eaux sulfureuses, décubitus, régime.

2° *Moyens dirigés contre la gravelle urique.* Alcalins : carbonate de potasse, de soude, de chaux; eaux minérales alcalines; tartrate de potasse; bains alcalins; acide benzoïque.

3° *Moyens dirigés contre la gravelle phosphatique.* Alcalins; acides carbonique, hydrochlorique, sulfurique, lactique.

4° *Moyens dirigés contre les gravelles oxalique et d'oxyde cystique.* Discontinuer l'usage de l'oseille; alcalins; régime végétal.

ARTICLE V.

COLIQUE NÉPHRÉTIQUE.

Le soin que j'ai mis jusqu'à présent à faire comprendre la manière dont j'envisage les maladies rénales empêchera, sans aucun doute, le lecteur de croire que, à l'imitation des anciens auteurs, je veux faire de la colique néphrétique une maladie tout à fait à part. Je sais très bien que, comme la *colique hépatique*, elle fait partie d'un certain nombre d'états morbides dont elle n'est que l'expression symptomatique, dans des circonstances données. Mais par cela même qu'elle appartient à plusieurs états morbides, et qu'elle ne se manifeste que dans des circonstances données, il était important de ne pas la joindre exclusivement à un de ces états pathologiques, comme on l'a fait jusqu'à présent, en la décrivant sous le nom de *néphrite* ou *pyélite calculeuse*. Je me contente d'énoncer le fait, sans

revenir sur les raisons que j'ai données plus haut, et qui doivent être présentes à l'esprit du lecteur.

§ I. — Définition; synonymie; fréquence.

On donne le nom de colique néphrétique à des accès de douleurs violentes, souvent intolérables, résultant de l'irritation produite par divers corps étrangers dans la partie supérieure des voies urinaires. Plusieurs autres symptômes importants se font remarquer dans cet état morbide; toutefois cette définition me paraît suffisante, puisqu'elle ne saurait s'appliquer à aucune autre affection.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, cette maladie, ou plutôt cet accident de diverses maladies, a été décrit sous les noms de *nephritis*, *néphrite*, *pyélite calculeuse*, *nephralgia* (Borsieri), *attaques de gravelle*. Plusieurs auteurs des derniers siècles admettaient deux sortes de néphrites, la *fausse* et la *vraie*. La colique néphrétique était la première. Le nom de *colique néphrétique*, que j'adopte ici, est aussi impropre que celui de *colique hépatique*, sous lequel j'ai décrit des accidents semblables dus à l'engagement des calculs biliaires dans les canaux cystique ou cholédoque; mais c'est un nom consacré bien connu de tout le monde, qui s'applique à un état morbide bien déterminé : il n'y aurait par conséquent aucune utilité à le changer.

La *fréquence* de la colique néphrétique est heureusement plus rare, et cela d'une manière notable, que la *gravelle* et les calculs *rénaux*. Nous avons vu, en effet, que lorsqu'il n'y a que du *sable* dans les urines, lorsque les graviers sont très petits, et même dans certains cas de calculs rénaux, la douleur pouvait manquer dans tout le cours de la maladie. Cependant on ne doit pas considérer la colique néphrétique comme une maladie rare; car il n'est pas de médecin qui n'ait eu maintes fois occasion de l'observer et de la traiter.

§ II. — Causes et siége de la maladie.

Nous n'avons pas, après tout ce que j'ai dit jusqu'à présent, à nous étendre longuement sur l'étiologie de la colique néphrétique. On sait qu'il faut ranger au nombre *des causes prédisposantes*, *l'affection calculeuse des reins* (gravelle, calculs rénaux); l'*hématurie*, dans laquelle des caillots peuvent obstruer l'uretère; les *vers rénaux* (acéphalocystes, strongle géant); en un mot, toutes les affections dans lesquelles le rein peut être vivement irrité, l'uretère distendu, leur surface interne déchirée.

Les *causes occasionnelles* se retrouvent dans certaines circonstances particulières qui font que les *corps étrangers* dont je viens de parler deviennent irritants : ainsi le *déplacement d'un calcul*, qu'il soit causé par un *mouvement brusque*, un *effort*, le *cahot d'une voiture*, ou qu'il ait lieu spontanément. Lorsque le calcul est hérissé d'aspérités, ce déplacement est presque infailliblement suivi de colique néphrétique, parce que ces aspérités déchirent la muqueuse. Vient ensuite l'engagement dans l'uretère de ces mêmes corps étrangers; mais aucun d'eux ne produit plus facilement les accès de colique néphrétique que les graviers trop volumineux pour franchir facilement l'uretère, ou qui présentent une ou plusieurs aspérités. Il serait inutile d'insister sur ces faits bien connus.

Siége de la maladie. Ceci nous conduit à dire quelques mots du siége de la

maladie. Il résulte des détails précédents, que le point de départ des vives douleurs par lesquelles la colique néphrétique est caractérisée peut se trouver dans le rein lui-même. Mais ordinairement c'est à l'ouverture supérieure de l'uretère que cette douleur prend naissance; et lorsqu'elle est causée par un gravier qui chemine le long de ce conduit, le point de départ de la douleur change de place avec le corps étranger, et parcourt quelquefois toute l'étendue du canal. Il est bien rare que ces douleurs se fassent sentir des deux côtés à la fois.

§ III. — Symptômes.

Le *début* de la maladie est quelquefois très brusque et marqué par une *douleur* extrêmement violente qui se prolonge plus ou moins loin vers la vessie, et parfois s'irradie en d'autres sens. Mais il est plus ordinaire de voir une douleur sourde, obtuse, gravative, avec un sentiment de *malaise général*, durer deux ou trois jours avant l'apparition des véritables douleurs néphrétiques. Il n'y a encore ni frisson ni fièvre, et l'état général n'est pas gravement altéré.

La *douleur* fait ensuite des progrès ordinairement rapides, et quelquefois atteint son summum en très peu de temps. Alors elle est très violente, aiguë, pongitive. « On observe, dit M. Chomel (1), des battements et des élancements dans la région occupée par un des reins ou par les deux, c'est-à-dire vers la dernière vertèbre dorsale et les premières lombaires, en dedans des deux dernières côtes et à quelques travers de doigt de l'épine. De cette région *la douleur s'étend*, en suivant le trajet du bassinet et de l'uretère, jusque dans la vessie, dans l'aine et dans la cuisse correspondante, qui est comme engourdie et quelquefois roide et tremblante; chez l'homme la douleur s'étend au testicule, qui est ramené douloureusement vers l'anneau. »

Pour que cette douleur, qui constitue la colique néphrétique, soit complétement décrite, il faut ajouter quelques détails importants. Les *battements* ayant leur siége dans la région du rein s'observent lorsque cet organe est enflammé, et lorsque l'obstacle produit par la présence du calcul dans l'uretère a déterminé la rétention du pus et de l'urine dans le bassinet. Des douleurs violentes, *déchirantes*, sont le résultat des lésions que les corps étrangers opèrent dans les cavités rénales ou dans l'uretère. C'est surtout cette dernière douleur qui constitue la colique néphrétique. Elle est quelquefois telle, que les malades sont jetés dans les plus grandes angoisses; ils poussent des gémissements, ils prennent des positions bizarres, se compriment l'abdomen avec les mains. Ils quittent fréquemment le lit pour marcher dans leur chambre, ils se couchent en divers sens, quelquefois même on en a vu s'étendre sur le carreau et faire des contorsions de toute espèce. Tous ces actes témoignent de l'extrême violence de la douleur.

La douleur n'est pas continue, du moins avec toute son intensité; elle s'apaise par moments pour s'exaspérer après un intervalle ordinairement assez court. Cette espèce d'intermittence de la douleur s'explique très bien, dans certains cas, par le déplacement du corps étranger, surtout quand il chemine le long de l'uretère, en distendant et lacérant ce conduit.

La *pression* exercée sur la région lombaire et sur la paroi antérieure de l'abdo-

(1) *Recherches sur la néphrite*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, janv. 1837).

men correspondante au rein y détermine, dans le plus grand nombre des cas, une douleur assez vive, parce que le rein est distendu et souvent enflammé. Elle en fait naître aussi une le long de l'uretère, lorsque le corps étranger est descendu dans ce conduit.

L'*urine* est ordinairement rare, rouge, épaisse, elle est rendue goutte à goutte, et les malades éprouvent un sentiment d'ardeur dans le canal de l'urètre. Fréquemment on note un véritable *ténesme vésical*, qui consiste en efforts multipliés, douloureux et impuissants pour uriner. Dans les cas où un seul côté est affecté, et qui sont les plus ordinaires, on ne peut expliquer cet état de l'urine que par une souffrance sympathique du rein du côté opposé, ou par le mouvement fébrile qui s'allume lorsque le rein est vivement enflammé. Dans le cas contraire, l'urine est claire, aqueuse et parfois plus abondante qu'à l'ordinaire. C'est qu'alors le rein sain supplée le rein malade par l'augmentation de sa sécrétion.

Il n'est pas rare, ainsi que j'ai eu maintes fois occasion de le dire (1), de trouver une certaine quantité de *sang* dans les urines. La présence du *muco-pus* et surtout du *pus* est beaucoup plus intimement liée à la pyélite qu'à la colique néphrétique elle-même.

Du côté des voies digestives nous trouvons les symptômes suivants : lorsque la douleur est intense, l'*appétit* est complétement perdu et la soif plus ou moins vive. Il survient un *hoquet* parfois opiniâtre, des *nausées*, des *vomituritions*, des *vomissements* d'abord des aliments récemment pris, puis de mucus et de bile. Fréquemment cet état s'accompagne d'une *constipation opiniâtre*.

La *face* ne tarde pas à s'altérer ; elle exprime une très vive souffrance, souvent l'effroi ; elle est pâle, jaunâtre ; les traits sont effilés ; en un mot, la physionomie est la même que dans la colique hépatique et dans toutes les affections caractérisées par une douleur excessive.

La *peau* se couvre d'une sueur froide au moment des exacerbations ; les extrémités sont souvent glacées et ne peuvent être réchauffées. Le malade éprouve alors un tremblement marqué, parfois même des *convulsions ;* on en a vu avoir un véritable *délire* qui, cessant ensuite avec la grande violence de la douleur, était évidemment sous l'influence de ce symptôme. Il n'est pas rare d'observer dans ces moments, soit de véritables lipothymies, soit un simple sentiment de défaillance, et fréquemment ces accidents ont lieu au moment où les vomissements se produisent ou viennent de se produire.

Le *pouls* est *petit*, *déprimé* lorsque la douleur a une intensité ordinaire ; dans des cas où elle devient atroce, les pulsations sont à peine senties, le pouls est filiforme, misérable. Il se relève souvent après les vomissements.

Tels sont les symptômes qui appartiennent à la colique néphrétique ; il importe maintenant de rappeler en quelques mots ceux qui constituent les accès au plus haut point d'intensité. Ce sont : 1° une douleur atroce, déchirante, irrégulièrement intermittente, descendant ordinairement le long de l'uretère, déterminant le ténesme vésical ; 2° la rétraction douloureuse du testicule et l'engourdissement de la cuisse ; 3° l'excrétion fréquente d'une petite quantité d'urine foncée en couleur ; 4° les vomissements, l'altération de la face, le refroidissement, l'état nerveux (tremblement, convulsion, délire), et la dépression du pouls. Cet état est certainement

(1) Voy. article *Hématurie*.

un des plus effrayants qu'on puisse observer, et place les accidents de la colique néphrétique au rang des plus redoutables.

Ces accidents si graves se terminent ordinairement d'une manière brusque par l'expulsion du corps étranger qui les avait causés. On reconnaît ordinairement que l'attaque a complétement cessé, même avant qu'on ait pu s'assurer si un calcul a été rejeté par les urines, au sentiment de bien-être extrême qu'éprouve le malade, et à l'excrétion considérable d'une urine trouble, parfois chargée d'une assez grande quantité de pus; mais ordinairement le malade, qui est sur ses gardes, s'aperçoit immédiatement de l'expulsion du corps étranger, et alors il ne peut guère y avoir de doute sur la terminaison de l'accès; cependant on a vu des cas où plusieurs graviers se succédant les uns aux autres, l'accès s'est prolongé malgré cette expulsion.

Une fois l'accès passé, il ne reste plus qu'un sentiment marqué d'abattement et de faiblesse, qui se dissipe promptement, et en vingt-quatre ou quarante-huit heures les malades ont pu reprendre leurs occupations ordinaires.

Il est très rare que la mort survienne dans le cours même d'un accès de colique néphrétique; lorsqu'il en est ainsi, les malades, avant de succomber, sont en proie à un état nerveux fort grave (convulsions, délire, etc.).

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est très rapide; la douleur qui la caractérise particulièrement a, comme nous l'avons vu plus haut, une intermittence marquée. Quant à la *durée*, elle est presque toujours très courte et seulement de quelques heures: dans les cas où la durée a été la plus longue, elle a bien rarement dépassé vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures.

La colique néphrétique *se termine* presque constamment par le retour à une santé en apparence complète; mais la cause qui a produit le corps étranger existant toujours, il n'est pas rare, après une ou plusieurs attaques, de voir l'inflammation chronique et la désorganisation du rein lui succéder.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Le diagnostic de la colique néphrétique présente, dans certains cas, des difficultés; mais c'est seulement dans les cas rares où la douleur n'est pas très violente, et encore, dans ces circonstances, a-t-on pour se guider l'excrétion antérieure de graviers et les douleurs rénales qui en sont la conséquence.

Pourrait-on confondre une simple *néphrite* avec une colique néphrétique? Dans le premier cas, il est vrai, il existe une douleur qui peut s'étendre du rein au testicule et à la cuisse du côté correspondant, en passant par l'uretère et la vessie; mais cette douleur est toujours moins intense, elle n'a pas eu le début brusque qui appartient à la douleur violente de la colique néphrétique; elle n'a pas non plus ces exacerbations que nous avons décrites plus haut; en outre, elle n'a point été précédée de l'excrétion d'une certaine quantité de sable, de gravier avec les urines, et enfin elle s'accompagne d'un mouvement fébrile prononcé, qui ne se montre pas dans la colique néphrétique.

Serait-il plus facile de confondre avec l'affection qui nous occupe un simple *lumbago?* Les cas dans lesquels il pourrait en être ainsi sont du moins extrême-

ment rares. La douleur du lumbago est toujours moins violente que celle de la colique néphrétique; elle est violemment exaspérée par les mouvements qui nécessitent la contraction des muscles lombaires, mouvements qui n'exaspèrent point sensiblement les douleurs néphrétiques; enfin on les observe des deux côtés, tandis que ces dernières n'ont presque jamais pour siége qu'un seul côté des voies urinaires.

Les *névralgies lombo-abdominales* sont quelquefois caractérisées par de vives douleurs qui, partant de la partie inférieure de la colonne vertébrale, se portent vers l'hypogastre, et même vers le testicule ou la grande lèvre. Cette douleur se distingue de la douleur néphrétique par l'absence de toute excrétion antérieure de graviers; par la liberté de l'excrétion urinaire; par les points douloureux qui caractérisent la névralgie lombo-abdominale, et qui sont principalement exaspérés par la pression. Ces points douloureux ont leur siége, ainsi que je l'ai démontré ailleurs (1) : 1° sur les côtés de la colonne vertébrale; 2° un peu au-dessus et vers la partie moyenne de la crête iliaque; 3° vers l'hypogastre, un peu au-dessus du pubis et en dehors de la ligne blanche; 4° enfin dans le testicule ou la grande lèvre. Pour compléter ce diagnostic, il faut ajouter que le pouls n'acquiert aucun caractère particulier, tandis que dans la colique néphrétique il est déprimé, petit, misérable.

Je ne parlerai point ici du diagnostic de la colique néphrétique et de la *néphralgie*, parce qu'il est nécessaire que je me sois expliqué auparavant sur cette dernière affection.

L'*entéralgie*, les *coliques nerveuses*, qui donnent quelquefois lieu à des douleurs très intenses, pourraient être confondues avec la colique néphrétique; mais le siége de la maladie n'est pas le même, et l'absence de toute altération dans la sécrétion et l'excrétion urinaires vient lever toutes les difficultés.

Lorsque la colique néphrétique est causée par la présence d'un gravier dans la partie droite des voies urinaires, on pourrait la confondre avec la *colique hépatique*, et cela d'autant plus que la cause des accidents néphrétiques et hépatiques étant la même, c'est-à-dire la présence d'un corps étranger dans des conduits trop étroits pour leur livrer passage, les symptômes principaux sont à peu près identiques. L'état des urines, qui sont rares, excrétées goutte à goutte, avec un sentiment d'ardeur, dans la colique néphrétique, ne se retrouve pas dans la colique hépatique; la rétraction douloureuse du testicule, l'engourdissement de la cuisse, sont encore des phénomènes propres à la première de ces deux affections. Et, d'un autre côté, la colique hépatique présente, comme caractère distinctif, l'ictère qu'on remarque presque constamment.

Telles sont les affections qu'il était important de signaler dans ce diagnostic; quant à la *cystite aiguë*, au *psoïtis* et à quelques autres affections qu'on a distinguées de la colique néphrétique, je ne crois pas qu'elles s'en rapprochent assez, soit par leur marche, soit par leurs symptômes, pour qu'il soit nécessaire de poser un pareil diagnostic.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

Je ne mettrai dans ce tableau que les traits principaux, attendu que, je le répète, les cas qui peuvent offrir des difficultés sont extrêmement rares.

(1) *Traité des névralgies ou affections douloureuses des nerfs*; Paris, 1841, p. 131.

1° *Signes distinctifs de la néphrite et de la colique néphrétique.*

COLIQUE NÉPHRÉTIQUE.	NÉPHRITE.
Douleurs *excessives*, du moins dans les exacerbations violentes.	Douleurs beaucoup *moins vives*, *plus continues*.
Excrétions préalables de sable ou de gravier avec les urines.	*Point d'excrétion de sable ou de gravier*.
Pouls *faible*, petit, misérable dans les exacerbations.	Pouls *fébrile*.

2° *Signes distinctifs du lumbago et de la colique néphrétique.*

COLIQUE NÉPHRÉTIQUE.	LUMBAGO.
Douleurs, *ut suprà*.	Douleurs *beaucoup moins violentes*.
Non exaspérées par la contraction des muscles lombaires.	*Violemment exaspérées* par la contraction des muscles lombaires.
N'a presque jamais son siége que d'un seul côté.	*Occupe les deux côtés*.

3° *Signes distinctifs de la névralgie lombo-abdominale et de la colique néphrétique.*

COLIQUE NÉPHRÉTIQUE.	NÉVRALGIE LOMBO-ABDOMINALE.
Douleurs, *ut suprà*.	Douleurs généralement *moins vives*.
Excrétion antérieure de graviers.	*Pas d'excrétion antérieure de gravier*.
Pas de point douloureux déterminé.	*Quatre points douloureux* principaux : point vertébral, iliaque, hypogastrique, scrotal.
Pouls, *ut suprà*.	Pouls ordinairement *naturel*.

4° *Signes distinctifs de la colique néphrétique et de la colique hépatique.*

COLIQUE NÉPHRÉTIQUE.	COLIQUE HÉPATIQUE.
Douleurs s'irradiant *vers la vessie et le testicule*.	Douleurs s'irradiant *vers la poitrine et l'épaule*.
Altération de la sécrétion et de l'excrétion urinaire.	*Point d'altération* de la sécrétion urinaire, si ce n'est la présence de la matière colorante de la bile dans l'urine.
Pas d'ictère.	Ordinairement *ictère*.

Pronostic. Ainsi que nous l'avons vu plus haut, le pronostic de la colique néphrétique n'est pas grave dans l'immense majorité des cas, si l'on ne considère que l'accès lui-même ; mais comme les accidents qui le constituent annoncent une tendance souvent irrésistible à la formation des calculs dans les reins, on doit regarder les personnes qui en ont eu un ou plusieurs accès comme étant dans un état grave et qui demande un traitement actif et assidu.

§ VI. — Traitement.

Il est rare qu'on emploie les *émissions sanguines* dans le traitement de la colique néphrétique ; si cependant les douleurs néphrétiques s'accompagnaient des signes de l'inflammation du rein, on ne devrait pas hésiter, surtout sur un sujet vigoureux et pléthorique, à pratiquer la *phlébotomie* ou à appliquer des *sangsues* ou des *ventouses scarifiées* sur la région lombaire et sur le flanc du côté malade.

Les *bains* longtemps prolongés, les *applications émollientes*, sont mis en usage en pareil cas, et même dans ceux où la douleur qui caractérise la colique néphrétique existe seule.

Les *boissons abondantes*, les *liquides alcalins*, en un mot les moyens princi-

aux indiqués dans l'article précédent pour le traitement des concrétions urinaires, ont encore recommandés dans la colique néphrétique, mais uniquement dans le ut d'augmenter la sécrétion urinaire et de produire l'expulsion du corps étranger. 'est également dans ce but qu'on prescrit les *eaux gazeuses*, comme les eaux de eltz, de Contrexeville, etc.; mais je n'insiste pas sur cette partie du traitement, ttendu que les détails dans lesquels je suis entré à ce sujet (*voy.* p. 515) sont iffisants. Je dirai seulement qu'on ne doit pas abuser de ces moyens, attendu que i l'obstacle au cours de l'urine est complet, on peut déterminer une accumulation apide de liquide dans le rein : d'où la distension de cet organe et les accidents qui n sont la suite.

Narcotiques. Les narcotiques sont, de tous les médicaments, ceux auxquels il ut le plus se hâter d'avoir recours dans l'affection qui nous occupe; l'indication rincipale est, en effet, de calmer les douleurs excessives, en attendant que par es autres moyens on soit parvenu à faire expulser le corps étranger. « On ne doit as hésiter, dit M. Chomel, quand les douleurs sont très intenses, à faire prendre u malade, d'heure en heure, ou bien de demi-heure en demi-heure, un demi-grain l'*opium* sous forme liquide ou solide. On doit préférer en général l'opium liquide arce que l'action en est plus prompte; mais si la saveur nauséeuse augmente les omissements, on doit l'administrer en pilules, ou bien encore le donner en *lavenents.* La diminution des douleurs ou un commencement de narcotisme marque e point où il faut diminuer, éloigner ou suspendre l'emploi de l'opium. »

Le *datura stramonium* a été également administré contre les accidents de la coique néphrétique. Le docteur Zaar l'associe à l'*huile de ricin*, dans le but de calner les douleurs et de déterminer en même temps une dérivation intestinale. On a également mis en usage la *jusquiame* et d'*autres narcotiques.* Le docteur Dubla ecommande les frictions suivantes :

℞ Axonge.................. 15 gram.	Extrait de belladone...... 0,75 gram.

Pour frictionner les lombes et l'abdomen, trois ou quatre fois par jour.

Antispasmodiques. Les antispasmodiques ont été naturellement administrés dans une affection dans laquelle on a fait pendant longtemps jouer un grand rôle au spasme des organes; l'*éther*, l'*assa fœtida*, le *camphre*, le *castoréum*, ont été mis en usage. Mais je n'insiste pas sur cette médication, parce qu'il est évident que le traitement par les narcotiques est bien préférable à l'emploi de tous les antispasmodiques.

La *térébenthine*, que nous avons vue administrée par quelques médecins contre les concrétions urinaires elles-mêmes, l'a été bien plus souvent dans le but de calmer l'irritation qu'elles produisent, et de diminuer l'abondance de la sécrétion urinaire dans les cas où l'on craint la distension du rein. Le docteur Richter (1) recommande la formule suivante, dans laquelle entre le *savon*, et qui peut par conséquent être rapprochée du traitement alcalin exposé dans l'article précédent :

℞ Térébenthine de Venise.... 2 gram.	Extrait de réglisse........... 12 gram.
Savon médicinal.......... 12 gram.	

Mêlez. Faites des pilules de 10 centigrammes, dont on prendra de 10 à 15, matin et soir.

(1) *Speciale therapie.*

Le *café*, également recommandé pour le traitement radical des concrétions urinaires, a été prescrit dans la colique néphrétique par le docteur Chapmann (1), qui recommande de le faire boire à un assez grand état de concentration et en grande quantité.

On a quelquefois, dit M. Rayer, eu recours au *froid* avec succès; les malades s'étant mis nus, les pieds sur le pavé, plusieurs fois cette pratique a été suivie de l'expulsion du gravier ou du rétablissement de la sécrétion urinaire. Cette expulsion a quelquefois aussi paru favorisée par l'application des *ventouses sèches* sur le trajet de l'urètre ou au périnée.

« Lorsqu'un gravier, ajoute cet auteur, ou un calcul est engagé dans l'uretère, et qu'il l'obstrue (circonstance indiquée par le siége de la douleur, la diminution de l'excrétion de l'urine, etc.), on a conseillé de susciter le vomissement, d'exciter le malade à *tousser*, à *éternuer*, et de lui faire faire des *mouvements brusques*, de déterminer dans tout le corps de violentes secousses, pour faciliter le passage du gravier dans la vessie. A ce sujet, je remarquerai que dans les coliques néphrétiques, j'ai vu rarement l'expulsion des graviers suivre les vomissements spontanés ou provoqués, et les malades sont trop souffrants pour chercher à tousser ou à éternuer; quant au cas d'obstruction de l'un des uretères par un véritable calcul, de semblables tentatives seraient inutiles et dangereuses. »

Dans le cas de véritable colique néphrétique, il vaut beaucoup mieux, par conséquent, maintenir les malades *dans le repos le plus absolu*, et laisser aux efforts de la sécrétion urinaire, qui tend sans cesse à pousser en avant le corps étranger, le soin de l'entraîner jusque dans la vessie; les malades seront couchés, légèrement couverts, dans une chambre tranquille, et éviteront tous les mouvements un peu violents.

On a proposé encore, pour faire cesser la douleur, l'application de quelques révulsifs, et principalement des *vésicatoires volants;* mais ces moyens, qui peuvent avoir quelque succès dans le cas où la douleur a son siége dans le bassinet, sont tout à fait insuffisants lorsqu'il s'agit de la colique néphrétique produite par le passage d'un gravier à travers l'uretère.

Chloroforme. Mais il est un moyen nouveau qui peut rendre, sous ce rapport, d'immenses services: c'est le *chloroforme*. On peut l'employer de trois manières différentes: 1° *A l'intérieur*, de 0,50 à 1 ou 2 grammes dans une potion de 120 à 150 grammes; c'est le moyen le moins actif et le moins sûr. 2° *En applications extérieures*, comme cela a été fait dans le cas suivant. M. le docteur Aubrun (2) a réussi à enlever les douleurs si atroces de la néphrite calculeuse par l'*application du chloroforme sur la région rénale et sur les autres points douloureux de l'abdomen*. Ce liquide s'applique d'abord à l'aide d'une compresse de ouate imbibée avec 10 grammes de liquide; puis à l'aide d'un peu de ouate recouverte d'un verre de montre et sur laquelle on verse 2 grammes du médicament. 3° *En inhalation.* C'est ainsi que je l'ai mis en usage avec un succès bien remarquable. Voici le fait. Au mois de juin 1849, au plus fort du choléra, je fus appelé auprès d'une dame qui éprouvait des douleurs atroces dans le ventre et qui croyait être attaquée de la maladie régnante. Un médecin appelé auprès d'elle partagea cette opinion, et se contenta de prescrire une potion diacodée. Les douleurs persistèrent, et leur caractère, leur direction le

(1) *Journal de Philadelphie*, août 1824.
(2) *Journ. des conn. méd.-chir.*, août 1849.

ong de l'uretère gauche, les douleurs de la vessie, le défaut d'évacuations alvines t l'absence des autres signes du choléra, me firent diagnostiquer une néphrite alculeuse. Je pratiquai immédiatement l'inhalation de chloroforme. En moins l'une minute tout se calma. La malade resta une heure environ sans presque soufrir, puis les douleurs recommençant nouvelle inhalation, et ainsi de suite, jusqu'à e que 8 ou 10 heures environ après la première inhalation la malade, en urinant, entendit un bruit particulier sur le vase. Il était produit par un calcul gros comme un etit pois. Dès ce moment tous les accidents cessèrent. Ainsi la colique néphrétique 'était passée sans douleur. Pendant qu'on fait les inhalations, on doit, bien enendu, faire usage des principaux moyens indiqués plus haut, et surtout des diurétiques. Dans ce cas, le chloroforme que j'ai employé avec le plus grand succès dans l'autres affections très douloureuses, comme on le verra quand je parlerai de la *péritonite*, a anéanti tout ce que la maladie avait de sérieux, c'est-à-dire la douleur, l'anxiété, la crainte, etc.

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de résumer ce traitement fort simple, et dans lequel il est surtout important de ne pas employer des moyens violents. Je dirai seulement que les boissons adoucissantes, les eaux gazeuses, les bains, les narcotiques et le chloroforme sont les moyens principaux, et forment la base de cette médication.

ARTICLE VI.

RÉTENTION DE L'URINE DANS LES CAVITÉS RÉNALES, OU HYDRONÉPHROSE.

Des exemples de cette maladie ont été rapportés par des auteurs déjà anciens, et M. Rayer a rassemblé les principales observations connues dans la science. C'est d'après les faits qu'il a cités que sera principalement tracée la description suivante.

§ Ier. — Définition; synonymie.

La rétention de l'urine dans le rein, outre le nom d'*hydronéphrose*, qui lui a été donné par M. Rayer, en a reçu d'autres, tels que ceux d'*hydropisie*, *tumeur séreuse du rein*, *distension hydrorénale*. Cette dernière dénomination paraît assez applicable à la maladie, mais elle est un peu trop vague; il vaut mieux, je crois, conserver la dénomination de *rétention de l'urine dans le rein*, qui rapproche cette affection de la rétention d'urine dans la vessie, dont elle ne diffère que par le siége et par ses conséquences. Voici, en effet, la *définition* donnée par M. Rayer : « Lorsque l'urine s'accumule lentement dans les reins à la suite d'un obstacle apporté à son passage dans la vessie ou à son expulsion au dehors, soit par un corps étranger, soit par un vice de conformation, il arrive quelquefois que les calices et le bassinet se dilatent sans que leurs parois s'enflamment sensiblement. Ces collections d'un liquide primitivement urineux, et plus tard d'apparence séreuse, dans le bassinet et les calices distendus et non enflammés, ont été désignées sous le nom d'hydropisie du rein, d'hydrorénale distension. » On voit par là que si le liquide acquiert, à une certaine époque, l'apparence séreuse, la maladie n'a pas moins débuté par une véritable rétention d'urine, de même que l'*hydropisie de la vésicule du fiel* débute par la rétention de la bile.

§ II. — Causes.

On a constaté l'existence de cette maladie *à tous les âges*. Bonet (1) avait dé cité un cas observé chez un enfant nouveau-né, et Billard (2) a rapporté un ca semblable, qui a été reproduit par M. Rayer.

Pour que la rétention de l'urine ait lieu, il faut qu'il y ait, soit un *vice de* *formation* qui oblitère l'uretère, ce que l'on observe dans les cas où la mala survient chez des nouveaux-nés, soit un *corps étranger* qui obstrue ce conduit, une *tumeur* qui comprime et oblitère une partie des voies urinaires.

Les corps étrangers qui, engagés dans l'uretère, empêchent l'excrétion urinair et déterminent la rétention de l'urine dans le rein, ont déjà été indiqués trop so vent, pour qu'il soit nécessaire de les énumérer ici. Parmi les tumeurs qui, obstruant une partie des conduits, occasionnent la rétention de l'urine, il n'en pas qu'on observe plus fréquemment que le *cancer*. Cette simple indication de causes me paraît suffisante, car il est facile de comprendre les diverses conditions or ganiques qui peuvent déterminer l'état morbide assez rare dont nous nous occupo

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de la rétention de l'urine dans le rein, et de la tumeur d ap parence séreuse qui en est la suite, sont presque tous fort obscurs. Les mala ont éprouvé, à une époque plus ou moins éloignée, des douleurs plus ou mo vives, surtout lorsque l'obstacle consiste dans un calcul engagé dans l'uretèr car alors ils ont été en proie à des accès de colique néphrétique. Dans le où une tumeur cancéreuse a produit l'oblitération des conduits urinaires, on a outre pu observer les autres symptômes propres à cette maladie, comme l'af blissement, le dépérissement et le teint jaune pâle, etc. ; mais rien n'indique d'u manière positive qu'il se fait une accumulation de liquide dans le bassinet e calices, si ce n'est l'apparition d'une tumeur fluctuante dans la région rénale.

Cette *tumeur* est molle, indolente, sans changement de couleur à la peau : « volume, dit M. Rayer, peut varier entre celui du poing et celui de l'utérus, qu'il est dans les derniers mois de la grossesse. » La tuméfaction est alors très sible dans la région lombaire, et quelque position qu'on fasse prendre au mala elle ne disparaît pas complétement. La *palpation* fait reconnaître dans cette tum de grosses bosselures ; cette sensation a été comparée à celle que produit le gr intestin fortement distendu.

La *fluctuation* qu'on y détermine est toujours profonde, à cause de la gra épaisseur des parties qui recouvrent le rein ; cependant, lorsque l'accumulation liquide est très considérable, on la fait naître assez facilement.

La *percussion* pourrait être pratiquée, pour déterminer les dimensions de la tu meur ; mais comme les signes que nous venons d'indiquer sont suffisants, il sera inutile de fatiguer le malade en lui faisant prendre les postures indiquées pa quelques médecins.

On chercherait en vain, dans l'état des malades, d'autres signes propres à la maladie. Dans les cas où la rétention de l'urine et la tumeur séreuse qui en est la suite ont pour siége un seul côté, l'état général ne présente rien de particulier.

(1) *Sepulchretum*, t. II.
(2) *Traité des maladies des nouveaux-nés*.

es sujets vaquent à leurs occupations, remplissent toutes leurs fonctions comme à 'état normal ; on ne peut même trouver aucun signe dans la quantité de l'urine ; car le rein sain suppléant le rein affecté, les malades rendent une *urine non altérée*, en même quantité qu'à l'état sain. Dans les cas où la maladie occupe les deux côtés, les symptômes sont au contraire très graves à partir du moment où le cours le l'urine a été complétement arrêté ; et comme cet état ne peut durer qu'un très petit nombre de jours, les accidents acquièrent très rapidement une très grande ntensité.

En pareil cas, outre les signes locaux précédemment indiqués, et qui se montrent des deux côtés, on observe : 1° la *rétention complète de l'urine :* si l'on introduit une sonde dans la vessie, on n'obtient pas une goutte de liquide ; 2° une *agitation* suivie d'affaissement (symptômes cérébraux) ; 3° un *mouvement fébrile* prononcé. Il y a quelque analogie entre la manière dont les malades succombent et a mort des sujets dont les reins sont envahis par un très grand nombre d'acéphalocystes (1).

Quelquefois le rein distendu vient à s'enflammer ; on observe alors les signes de la *pyélite aiguë*, avec accumulation du pus dans les cavités rénales (2).

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison de la maladie.

Dans les cas où l'affection n'occupe qu'un seul rein, la *marche* de la maladie est extrêmement lente ; on peut dire même que généralement elle ne fait pas de progrès appréciables, quoique la distension du rein puisse aller toujours croissant. Dans ceux où la maladie occupe les deux côtés, il y a deux périodes bien distinctes. Lorsque l'obstruction est encore incomplète, au moins d'un côté, et que l'excrétion urinaire peut avoir lieu, les sujets ne présentent pas un état beaucoup plus grave que dans les cas où un seul côté est malade ; mais du moment où l'obstruction devient complète des deux côtés, l'affection acquiert une intensité extrême.

La même distinction doit être faite relativement à la *durée* de cette maladie. On a vu des sujets qui ne la présentaient que d'un côté, vivre pendant de nombreuses années sans en éprouver de grandes incommodités. Chez ceux qui ont les deux reins affectés, la durée est moins longue ; mais encore ici il faut mentionner les deux périodes très différentes signalées à propos de la marche. La première a une longue durée (des années entières), la seconde se termine par la mort en quelques jours.

Lorsqu'il n'y a encore que simple *rétention d'urine dans le rein*, la maladie se termine fréquemment par l'expulsion de l'obstacle qui empêchait le cours de l'urine, et par une guérison rapide. Lorsque l'obstacle est devenu permanent, et que le rein s'est converti en une poche renfermant un liquide séreux, l'affection devient également permanente, et persiste jusqu'à la mort, causée soit par une maladie intercurrente, soit par l'oblitération de l'uretère du côté opposé, auquel cas l'affection détermine la mort par elle-même.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les *lésions anatomiques* ne doivent pas m'arrêter longtemps. Le bassinet et les

(1) Voy. art. *Hydatides des reins.*
(2) Voy. art. *Pyélite.*

calices sont énormément distendus; la substance du rein est atrophiée et réduite à une lame mince, et de là résultent les bosselures senties pendant la vie et qu'on voit après la mort. « Le liquide, dit M. Rayer, qu'on trouve dans les tumeurs après la mort, ou qui en sort à la suite d'une ponction, n'a jamais les qualités de l'urine saine, même dans les cas où la maladie résulte de l'oblitération des conduits urinaires, mais ce liquide contient toujours de l'urée. »

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Voici comment le même auteur pose le *diagnostic :* « De semblables tumeurs, dit-il, ne peuvent être confondues, par leur forme, qu'avec celles qui résultent des *kystes des reins*, de *l'accumulation du pus ou du sang* dans le bassinet et les calices dilatés; mais dans l'inflammation du bassinet l'urine est toujours plus ou moins chargée de pus, à moins que toute communication ne soit interceptée entre le bassinet enflammé et la vessie, ce qui n'est pas le cas le plus ordinaire. D'ailleurs, dans la *pyélite*, la tumeur est presque toujours douloureuse, et le plus souvent elle est indolente dans l'hydronéphrose. Dans les derniers temps de l'hydropisie des reins, l'urine muqueuse et légèrement filante rendue par le malade est bien distincte de l'urine purulente et sanguinolente de la *pyélite chronique*, de sorte que, après un examen attentif, il sera toujours possible de distinguer ces deux espèces de tumeurs rénales. »

Des erreurs de diagnostic assez graves ont cependant été commises au sujet de la maladie qui nous occupe. Dans trois cas cités par M. Rayer, et empruntés à différents auteurs, la tumeur rénale fut prise pour l'*utérus développé*, ou bien pour une *hydropisie de l'ovaire*, ou encore pour un *spasme de l'intestin* (Howson). Cette dernière maladie, même en admettant son existence, se trouve naturellement écartée par un signe bien simple : le son clair que doit rendre la tumeur intestinale, tandis que la tumeur rénale donne un son mat à la percussion. Quant aux deux autres, la position de la tumeur, et surtout la détermination de son point fixe, serviront, avec les symptômes propres aux affections dont l'ovaire ou l'utérus sont le siége, pour fixer le diagnostic. Reconnaissons, du reste, que, sur ce point comme sur beaucoup d'autres, la maladie qui nous occupe demande de nouvelles recherches.

Pronostic. On a vu plus haut que le pronostic de cette affection, lorsqu'elle n'a son siége que d'un seul côté, est loin d'être actuellement grave; mais, ce qu'il y a à redouter, c'est que la cause qui a déterminé l'obstruction complète du conduit urinaire n'agisse tôt ou tard sur le côté opposé, car l'hydronéphrose double et permanente est une maladie mortelle. Lorsque le rein affecté s'enflamme, l'état devient très grave et souvent mortel.

§ VII. — Traitement.

Voici le résumé du traitement tel que l'a présenté M. Rayer : « Dans le traitement de l'hydronéphrose, il faut rechercher la cause de l'obstruction de l'uretère; et si cette obstruction paraît due à un calcul, et que, par l'examen de l'urine et à l'aide d'autres renseignements, on parvienne à connaître la nature (1) du calcul.

(1) *Voy.* à ce sujet ce que j'ai dit dans le passage consacré au traitement chimique des concrétions urinaires, p. 291 et suiv.

on cherchera à le ramollir ou à en opérer la dissolution. Ensuite on éloignera, autant que possible, toutes les causes qui pourraient enflammer la poche rénale et augmenter la sécrétion de l'humeur du bassinet et des calices.

» Si la tumeur, développée sans avoir été précédée de symptômes propres aux coliques néphrétiques et par l'occlusion de l'uretère, peut être attribuée à un vice de conformation, on essaiera de faciliter le cours de l'urine à l'aide de *légères frictions*, d'une *douce compression* sur la tumeur, en faisant prendre au malade *diverses attitudes.*

» *Ponction; incision.* Le docteur Kœnig a conseillé de pratiquer une *ponction* à ces tumeurs hydrorénales, à l'aide d'un trois-quarts, toutes les fois qu'elles s'élèvent sensiblement et qu'elles présentent évidemment de la fluctuation, ainsi que cela se fait pour l'*hydropisie de l'ovaire.* Un tel conseil ne doit pas être suivi tout d'abord, quel que soit le volume de l'hydronéphrose d'un des reins; car cette maladie est compatible avec l'exercice régulier des principales fonctions; elle ne compromet évidemment ni la santé ni la vie; et, d'un autre côté, après la ponction on a vu la poche rénale s'enflammer, une *péritonite* survenir et les malades succomber. Mais si, tant que la poche rénale n'est pas douloureuse, on doit se dispenser de recourir, soit à la *ponction*, soit à l'*incision* de la tumeur, il en est autrement lorsque les parois de la poche s'enflamment, lorsqu'elles paraissent se ramollir ou se perforer; il faut recourir aux *saignées locales et générales*, aux *bains* et aux *cataplasmes émollients*, et en même temps évacuer par des *lavements* et des *purgatifs* les matières amassées dans le gros intestin. Si les accidents persistent, s'il survient des frissons, si la douleur lombaire est plus vive ou plus continue, il devient nécessaire alors de *frayer au dehors une voie au pus* ou à l'humeur séreuse et purulente accumulée dans le bassinet et les calices. »

Ne pouvant pas consulter d'autres recherches rigoureuses sur cette maladie rare, il me serait impossible d'ajouter quelque chose de plus précis à cet exposé du traitement de la rétention de l'urine dans le rein et de l'espèce d'hydropisie qui en est la suite.

CHAPITRE III.

NÉPHRALGIE. DIABÈTE. HIPPURIE.

Je place ces maladies dans un chapitre particulier pour divers motifs. Je n'ai pas cru devoir parler jusqu'à présent de la première, parce que je ne trouve nulle part des faits qui me conduisent à en admettre l'existence, ce qui m'a fait penser qu'il serait suffisant d'en dire un mot à la suite de toutes les affections rénales.

Quant à la seconde, elle a une importance incontestable; mais il est bien loin d'être démontré que ce soit une affection des reins ou de leurs conduits. On doit bien plutôt admettre, comme nous le verrons plus loin, une altération des humeurs qui rend raison de tous les phénomènes de la maladie. On ne pouvait donc pas placer le diabète parmi les maladies dont il est traité dans le chapitre qui précède, et, d'un autre côté, il eût été trop contraire à l'usage de le rejeter dans les affections générales. J'ai pensé qu'il convenait de lui donner une place à la suite des maladies rénales, ce qui est d'ailleurs motivé par les symptômes très importants qu'on observe du côté des voies urinaires.

ARTICLE Ier.

NÉPHRALGIE.

Dans les écrits d'un bon nombre des auteurs qui nous ont précédés, le mot de *néphralgie* s'applique à toute espèce de douleurs ayant le rein pour siége, et principalement aux douleurs causées par la présence d'un calcul ou d'un gravier, c'est-à-dire à la colique néphrétique décrite plus haut. Il ne s'agit pas ici, on le pense bien, de discuter si cette manière d'entendre la maladie qui nous occupe est ou n'est pas admissible. Par l'expression de néphralgie, on ne peut, en effet, aujourd'hui, désigner autre chose qu'une *douleur purement nerveuse* se produisant dans le rein. Mais une douleur de ce genre a-t-elle jamais été observée de manière à ce qu'il ne puisse rester aucun doute sur son existence? C'est là, ainsi que je le disais plus haut, ce qu'il importe de rechercher.

La principale autorité qu'on ait citée en faveur de l'existence de la néphralgie est celle de Sydenham (1), qui a décrit une douleur violente dont il place le siége dans le rein. Mais si l'on examine cette description, on voit que rien n'est moins bien constaté que ce siége. Voici, en effet, comment s'exprime cet auteur célèbre: « *Nonnunquam renum alterum vehementissimo dolore afficit, undè vomitus immanis; atque etiam per ureteris ductum persæpè delatus, calculum simulat.* »

On voit facilement par cette citation que Sydenham a plutôt imaginé que la douleur occupait le rein, qu'il ne l'a constaté par l'observation; et ceux qui, à son exemple (2), ont admis l'existence de cette douleur nerveuse des reins à laquelle ils ont donné le nom de *néphralgie hystérique*, n'ont pas fourni de meilleures preuves à l'appui de leur manière de voir. C'est toujours une vive douleur lombaire, paraissant se propager parfois le long de l'uretère, accompagnée de vomissements et cédant à l'emploi des narcotiques ou des antispasmodiques. Or, sauf cette direction de la douleur dans le sens de l'uretère, on ne voit rien là qui prouve que la maladie occupe réellement le rein, et l'on peut même se demander comment on a établi que c'était bien le long de ce conduit, et non dans la direction des nerfs lombaires ou dans toute autre, que s'irradiait la douleur. Dans certains cas de *dysménorrhée*, ne voit-on pas des douleurs très vives s'élancer des lombes pour descendre vers l'hypogastre ou remonter de l'hypogastre à la région lombaire, sans qu'on ait la pensée de donner pour siége à ces douleurs les reins et les uretères?

Les auteurs plus modernes n'ont pas mieux réussi à mettre hors de doute l'existence de la néphralgie. Les docteurs Strambio (3), Barailon (4), Teale (5), cités par M. Rayer, ont donné comme des néphralgies, des douleurs occupant les lombes, mais dont le siége précis n'est nullement déterminé. Quant à celui qui est rapporté par M. Rayer lui-même, il est trop évident qu'il ne s'agissait pas d'une névralgie rénale, pour qu'il soit nécessaire d'insister longtemps sur son examen. Je me borne à dire qu'on avait affaire, dans ce cas, à un anévrysme de l'aorte tho-

(1) *Opera omnia*, t. I, p. 132, *Colica biliosa*. Ann. 1670, 71, 72, édit. de Genève, 1769.
(2) SAUVAGES, *Nosologia methodica*.
(3) *Journ. des progrès*, t. I.
(4) *Journ. de méd. et de chir.*, par A. Roux; Paris, 1767, t. XXVII, p. 430.
(5) *Edinburgh med. and surg. Journal*, vol. XXXIII.

racique ayant son siége au niveau et à droite de la septième vertèbre, et l'on sait quelles douleurs vives peuvent produire de semblables tumeurs, non seulement dans les parties tout à fait voisines, mais encore à une certaine distance.

Je ne crois donc pas qu'il soit possible d'admettre comme démontrée l'existence d'une douleur purement nerveuse occupant le rein, et par conséquent je ne dois pas m'y arrêter davantage.

ARTICLE II.

DIABÈTE EN GÉNÉRAL.

Le mot *diabète* est un nom générique par lequel on a désigné un certain nombre de maladies essentiellement distinctes, bien que quelques unes aient de grands traits de ressemblance entre elles. Les progrès de la pathologie et l'étude attentive de l'altération des humeurs, faite dans ces dernières années, nous permettent aujourd'hui de rejeter entièrement du *genre diabète* plusieurs de ces affections, et de tracer une ligne de démarcation tranchée entre elles et celles qui peuvent encore, quoique d'une manière très générale, se ranger sous cette dénomination peu précise : c'est ce que je vais faire avant d'aborder la description des états morbides qui doivent trouver place ici.

Un *historique* très bien présenté par M. Contour, dans son intéressante thèse sur le diabète sucré (1), nous fait connaître les diverses phases par lesquelles a passé l'histoire du diabète dans les temps anciens; je lui en emprunte quelques détails auxquels j'ajouterai une indication rapide des travaux plus rapprochés de nous, et les conclusions qui en découleront naturellement me serviront à établir avec rigueur la manière dont j'entends que doit être envisagée l'affection diabétique.

Si l'on en croit Nicolas et Gueudeville (2), le diabète aurait été connu dès la plus haute antiquité, et Aristote en aurait parlé; mais les auteurs du *Compendium* n'ont pu trouver dans les écrits du philosophe grec aucun passage où il fût question de cette maladie. Presque tous les auteurs s'accordent à faire remonter seulement à Celse la connaissance du diabète; mais la description donnée par cet auteur est très sommaire, et ne peut se comparer à celle d'Arétée, qui est d'une grande précision. Quant aux auteurs qui vinrent ensuite, et parmi lesquels M. Contour a cité principalement Aétius (3), Paul d'Egine (4), et Actuarius (5), ils n'ont rien ajouté à ce que l'on savait avant eux, et il faut arriver à Willis pour voir l'histoire du diabète changer pour ainsi dire de face.

Avant ce dernier auteur, en effet, on ignorait complétement que la présence du sucre dans l'urine fût un des caractères essentiels du diabète proprement dit, maladie désignée pour cela sous diverses dénominations qui seront indiquées plus loin. Willis, en reconnaissant le goût de sucre ou de miel des urines diabétiques, mit sur la voie de la découverte; toutefois l'existence de la matière sucrée n'avait pas été mise hors de doute par l'analyse. Pool et Dobson (1775), au rapport de

(1) *Du diabète sucré*; Paris, 1845.
(2) *Rech. et expér. méd. et chim. sur le diabète ou phthisurie sucrée*; Paris, 1805.
(3) Titr. III, sem. 3, cap. I.
(4) *De re medic.*, lib. III, cap. XLV.
(5) *De meth. med.*, lib. III, cap. VII et passim.

M. Bouchardat (1), ne firent que l'entrevoir, et ce fut Cawley (1778) qui, par ses expériences chimiques, démontra, d'une manière péremptoire, la présence du sucre dans l'urine des diabétiques.

A une époque plus rapprochée de nous, Nicolas et Gueudeville non seulement constatèrent l'exactitude de cette observation, mais encore étudièrent avec soin la maladie, et à l'aide des faits qu'ils avaient recueillis, tracèrent une histoire du diabète citée avec honneur par tous les auteurs venus après eux. Dupuytren et M. Thénard (2) publièrent, peu de temps après, un mémoire dans lequel ils insistèrent fortement sur l'importance du règne animal dans le traitement de la maladie.

Récemment des travaux fort importants ont été entrepris sur le diabète : je citerai ceux de M. Bouchardat (3), de M. Mialhe (4), qui ont donné des théories diverses de la maladie ; l'application de l'appareil de M. Biot à la recherche du sucre dans l'urine ; les procédés chimiques pour découvrir ce sucre ; mais comme ce sont là les principaux matériaux qui me serviront pour l'article qui va suivre, il serait inutile d'entrer ici dans de plus grands détails.

La découverte de la matière sucrée servit à distinguer une espèce de diabète de toutes les autres. Mais on n'en admit pas moins beaucoup d'autres qu'on regardait comme des affections sinon de même nature, au moins analogues. Ainsi Cullen (5) reconnaissait les espèces suivantes, divisées en deux sections : 1° *Diabète idiopathique*, comprenant le *D. mielleux* et le *D. insipide ;* 2° *Diabète symptomatique*, comprenant le *D. hystérique*, le *D. arthritique* et le *D. artificiel*, qui n'est autre chose que le résultat des expériences de Malpighi sur un animal vivant. A ces espèces, qui sont à peu de chose près celles qu'on trouve dans la *Nosographie* de Sauvages, il faudrait joindre, d'après divers auteurs, un *diabète laiteux*, un *diabète chyleux*, un *diabète par excès d'urée*.

Plusieurs auteurs récents, parmi lesquels on doit citer MM. Andral et Bouillaud (6), rejetant la plupart des divisions anciennes, ont cependant décrit deux espèces différentes, qui sont le *diabète aqueux ou insipide*, et le *diabète sucré*.

Je n'ai pas besoin de dire combien on aurait tort de regarder, avec Cullen et Sauvages, comme des diabètes, c'est-à-dire comme des maladies caractérisées par une altération du liquide urinaire, les flux plus ou moins copieux d'urine qui s'observent à la suite des attaques d'hystérie et qui accompagnent quelques autres états morbides. Quant aux urines laiteuses, chyleuses, purulentes, elles se trouvent dans d'autres affections dont nous avons parlé (7), et ne méritent en aucune manière le nom de diabète.

Reste donc la division en diabète aqueux ou insipide, et diabète sucré. Si l'on veut conserver le mot de *diabète*, il est difficile de repousser cette division, car on a vu des sujets présenter des symptômes fort analogues à ceux qui accompagnent la phthisurie sucrée, sans qu'il y eût un atome de sucre dans les urines, et ces deux affections ont tant de rapport, qu'on a fait tout ce qu'on devait, en les décrivant

(1) *Monographie du diabète sucré* (*Annuaire de thérap.*, 1841).
(2) *Sur le diabète sucré* (*Bulletins de la Soc. de méd.*, 1806).
(3) V. le résumé de tous ses travaux dans le *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XV, p. 538, 21 mars 1850.
(4) *Comptes rendus de l'Ac. des sc.*, 1844 et 1845.
(5) *Élém. de méd. pratiq.*, t. II.
(6) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. DIABÈTE.
(7) Voy. *Hématurie rénale*, *Pyélite*, etc.

comme deux espèces distinctes. Mais s'il existe de nombreux points de ressemblance, il y a aussi des différences importantes, et, pour plus de précision, il vaut mieux, je pense, abandonner entièrement cet ancien mot de *diabète*, comme on a abandonné celui de *dyspnée*, en tant que désignant une maladie et non un simple symptôme. C'est, au reste, ce qui a été proposé par les divers auteurs qui ont écrit sur ce sujet dans ces dernières années, et les considérations précédentes ont assez de poids pour motiver un néologisme qui, en tout autre état de cause, devrait être repoussé. Je vais, en conséquence, décrire successivement, sous les noms de *polyurie*, *glucosurie* et *hippurie*, trois états morbides différents qui ont fait partie, jusqu'à ces derniers temps, d'une affection complexe nommée *diabète*.

ARTICLE III.

POLYURIE, OU DIABÈTE INSIPIDE.

Sous le nom de *polyurie*, on doit réunir, quant à présent, plusieurs états pathologiques désignés autrefois par l'expression de *diabète aqueux ou insipide*. Ce sont : 1° l'excrétion augmentée d'une urine qui ne diffère de l'urine à l'état normal que par la diminution relative des principes solides ; 2° une affection dans laquelle, l'urine étant également abondante, on trouve une diminution très notable ou même la disparition complète de l'urée ; 3° enfin un état dans lequel l'urée est beaucoup plus abondante que dans l'état normal.

Ces deux dernières affections ont été appelées *anazoturie* ou *azoturie*, suivant que le principe constituant de l'urine qui vient d'être indiqué manque ou est plus considérable qu'à l'état sain.

La plupart des polyuries ne sont évidemment autre chose que la maladie que nous avons décrite sous le nom de *polydipsie* (1) ; il serait par conséquent inutile d'entrer ici dans de grands détails à ce sujet. Seulement nous devons reconnaître que, dans quelques cas, l'urine n'est pas en rapport avec la quantité des boissons prises, et c'est à ces cas qu'il faut réserver particulièrement le nom de *polyurie*.

1° Lorsque l'urine des polyuriques ne présente d'autres caractères qu'une *diminution relative de ses principes solides*, il n'est pas rare de voir se maintenir un état de santé parfait, ou du moins très supportable. Cardan, cité par M. Contour (2), a rendu, pendant quarante ans, de 60 à 100 onces d'urine par jour, sans qu'il éprouvât le moindre dérangement de sa santé, pas même un peu d'amaigrissement. La soif, en pareil cas, n'était pas augmentée. Les cas de ce genre sont rares. Ordinairement on *observe* un peu d'*affaiblissement*, une certaine *langueur*, l'*épaississement de la salive*, la *sécheresse de la gorge*, et enfin un peu d'*amaigrissement*. Ces symptômes, avec l'émission fréquente et incommode d'une *urine peu ou point colorée*, ayant *perdu une partie de sa pesanteur spécifique*, légèrement *acide* ou *neutre*, complètent le tableau de cette affection plutôt fatigante que grave.

(1) Voy. t. II, *Maladies des voies digestives*.
(2) *Loc. cit.*, p. 70.

2° Lorsque l'affection a pour caractère une diminution considérable ou la *disparition de l'urée*, les symptômes sont un peu plus sérieux. Voici ceux que Robert Willis observa chez un de ses malades, qui peut être donné comme un type: *soif*, *douleur au creux de l'estomac*, *langueur*, *amaigrissement*, *dépression* très grande des *forces*, émission chaque jour de 6 *à 7 chopines d'urine* de *couleur paille*, presque *sans odeur*, ne contenant que la *cinquantième partie de son poids de résidu*, dont l'*urée constituait seulement la dixième partie*, au lieu de la moitié. Chez un malade observé par le docteur Stosch, on observait une soif vive, une *douleur poignante* au creux de l'estomac, l'amaigrissement, un affaiblissement considérable, l'émission chaque jour de 4 à 6 livres d'une urine ne contenant pas de sucre, et présentant à peine quelques traces d'urée (1). Ces symptômes sont, comme on le voit, identiques, à quelques nuances près, dans les deux cas.

3° Quand, au contraire, il existe un *excès d'urée*, qu'il y a, en d'autres termes, *azoturie*, les symptômes paraissent être un peu plus graves, quoiqu'ils ne soient pas différents par leur nature, si l'on s'en rapporte du moins à la description donnée par Robert Willis. Ce sont encore la *soif* assez vive, la *langueur*, la *diminution des forces* et l'*émaciation*. L'*urine*, dont la quantité est augmentée d'une manière notable, est transparente, peu colorée, d'une odeur presque nulle, et d'une densité ordinairement élevée. L'analyse chimique y fait reconnaître une quantité d'urée parfois très considérable, et toujours plus grande qu'à l'état normal.

La polyurie a une marche toujours très lente, sa *durée* est indéterminée; elle ne tend pas naturellement à la guérison, quelle que soit la nature de l'urine excrétée.

Le *diagnostic* de cette affection ne présente pas de difficultés sérieuses; on distingue une véritable polyurie d'une simple *polydipsie* aux rapports qui existent entre la quantité des boissons ingérées et de l'urine excrétée. Dans la véritable polyurie, les urines sont beaucoup plus abondantes que ne le comporte la quantité des boissons; dans la polydipsie, au contraire, la quantité de l'urine est en proportion de la quantité des liquides ingérés.

Reste donc seulement le diabète sucré, ou *glucosurie;* mais la présence du sucre, qu'il sera facile de reconnaître avec les moyens que j'indiquerai dans l'article suivant, est un signe pathognomonique, et suffit par conséquent pour le diagnostic.

Le *pronostic* n'a point généralement une grande gravité; cependant nous avons vu que dans les cas d'*azoturie* et d'*anazoturie*, l'affection peut devenir sérieuse.

Le *traitement* diffère suivant les variétés que j'ai indiquées plus haut. Pour la simple polyurie, on doit employer uniquement les moyens mis en usage dans la *polydipsie*. Ce sont l'*opium*, les *antispasmodiques*, les *ferrugineux*, les *toniques*, les *astringents*, le *calomel*, etc. (2).

Dans les cas d'*anazoturie*, on doit joindre à ces moyens le *régime* presque exclusivement *animal*, et dans les cas d'*azoturie* il faut, au contraire, les aider du *régime végétal*.

L'affection que je viens de décrire n'a pas, comme on peut s'en assurer par la lecture des auteurs, été étudiée avec tout le soin désirable; c'est pourquoi, en l'absence de documents précis, je me hâte de passer à une maladie beaucoup plus

(1) CONTOUR, p. 70 et 71.
(2) Voy. t. II, art. *Polydipsie*.

importante, et sur laquelle nous possédons d'excellents travaux, c'est-à-dire à la *glucosurie*, ou diabète sucré.

ARTICLE IV.

GLUCOSURIE, OU DIABÈTE SUCRÉ.

§ I. — Définition; synonymie; fréquence.

La définition suivante, donnée par M. Contour, expose très bien les principaux caractères de la maladie: « Le diabète, dit cet auteur, est une maladie caractérisée par une excrétion très abondante d'urine contenant toujours une matière saccharine cristallisable, analogue au sucre de fécule, accompagnée d'une augmentation notable de l'appétit, d'une soif inextinguible et d'un amaigrissement progressif.

Cette affection a été désignée d'abord par le nom générique de *diabète*, puis par ceux de *urinæ profluvium*, *tabes urinalis*, *dyssenteria nephretica*, *hydrops ad matulam*, *dipsacus*, *diabetes anglicus*, *mellitus*, *urorrhea*. Les Allemands lui donnent les noms de *Harnfluss*, *Harnruhr*, etc. M. Bouchardat a proposé de lui donner celui de *glucosurie*, qui a l'avantage de désigner le principal caractère de la maladie, et de supprimer l'ancien mot de *diabète*, qui peut donner lieu à la plus grande confusion. C'est cette dénomination qui me paraît devoir être définitivement adoptée.

Sans être une maladie commune, la glucosurie est loin d'être rare; on peut en juger par le grand nombre d'auteurs qui en ont parlé, et qui, presque tous, l'ont fait d'après des observations qui leur étaient propres.

§ II. — Causes.

Il y a à examiner dans la glucoserie deux ordres de causes très différentes : les unes, qui sont celles qu'on doit étudier dans toutes les maladies, peuvent être divisées en causes prédisposantes et occasionnelles; nous allons voir que beaucoup d'entre elles sont très obscures. Les autres peuvent être désignées sous la dénomination de *conditions organiques*, et c'est en les recherchant que nous exposerons et apprécierons les diverses théories pathogéniques présentées par les auteurs.

1° Causes prédisposantes.

Age. « C'est, dit M. Contour, dans la période moyenne de la vie, c'est-à-dire de trente à quarante ans, que le diabète s'observe le plus fréquemment; toutefois aucun âge ne paraît en être à l'abri. Ainsi, bien qu'à l'hôpital des Enfants, cette maladie soit excessivement rare, et que Guersant m'ait dit n'en avoir jamais rencontré que deux exemples, tant à l'hôpital que dans sa clientèle, le docteur Venables l'a observée assez souvent à Londres, chez de jeunes sujets, mais peut-être a-t-il été trop loin en disant que cette affection est très commune chez les enfants, et que, si l'opinion contraire a prévalu, c'est que le plus souvent on en méconnaît l'existence. » Plusieurs auteurs, tels que Mac-Grégor, Robert Willis, Rollo (1), Johnson, Bouchardat, l'ont observée chez des enfants de trois à neuf et

(1) *Traité du diabète sucré*, trad. de l'anglais par Alyon; Paris, an VI, in-8.

douze ans. J'ai vu moi-même un enfant de six ans mourir de cette maladie. C'est dans la vieillesse que la glucoscrie paraît être le plus rare : en effet, on n'en a trouvé que très peu d'exemples à cet âge ; ils sont dus à P. Frank et à M. Berndt.

Sexe. Suivant Robert Willis, le sexe n'a aucune influence sur la production de la glucosurie ; cependant la plupart des auteurs affirment que cette maladie est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme : c'est, comme on le voit, un sujet de recherches qui mérite l'attention des observateurs.

Constitution. Les auteurs ne sont nullement d'accord sur l'influence de la constitution, et leurs opinions à ce sujet sont tellement contradictoires, qu'il faut nécessairement attendre, pour se prononcer, que nous ayons des documents plus précis. On devra prendre garde, dans les recherches qu'on entreprendra, de s'en laisser imposer par la détérioration que produit nécessairement la maladie, ou, en d'autres termes, de confondre la constitution acquise avec la constitution primitive.

Saisons, climats. Le paragraphe suivant de la thèse de M. Contour est un bon résumé de nos connaissances sur ce point ; il importe, par conséquent, de le consigner ici. « Le diabète, dit-il, n'est nulle part plus commun qu'en Hollande et en Angleterre, et Robert Willis dit que son ami le docteur Babington lui a appris que, pendant qu'il se préparait à passer un examen à Cambridge, son père, qui avait alors une clientèle très étendue, put lui montrer trente-trois cas de cette maladie à une seule époque, et, dans chacun des cas, on s'assura que l'urine était sucrée. On a cru voir dans la température froide et humide du climat la seule cause de cette grande fréquence ; mais la manière de vivre des habitants de ces contrées a peut-être une influence plus grande sur la production de la maladie, que la constitution même de l'atmosphère. On voit, en effet, le diabète devenir plus rare dans d'autres pays froids, et se montrer très fréquent dans certains pays chauds. Ainsi, le docteur Lefèvre dit qu'il compulsa les registres des principaux hôpitaux civils et militaires de l'empire russe, et qu'il n'y trouva pas mentionné un seul cas de diabète. James Wylie n'en a pas non plus rencontré un seul exemple, parmi plus de deux millions de soldats qu'il a pu examiner comme inspecteur militaire ; toutefois P. Frank en a observé deux cas dans un assez court espace de temps. D'un autre côté, le diabète est loin d'être rare au Bengale, à Ceylan, à Saint-Domingue, en Égypte, où l'Arabe Rabbi Moyses l'a vu vingt fois en dix ans, ce qui signifie, ajoute-t-il : « *Quod multoties generatur* (diabetes) *in regionibus calidis, et fortè accidit in regione Ægypti, saporitate aquæ Nili, quam omnes bibunt.* » P. Frank l'a rencontré plus souvent en Italie qu'en Allemagne. Pendant vingt ans, dit-il, que nous avons exercé chez les différents peuples de l'Allemagne, notre patrie, nous n'avons vu que trois fois cette maladie, que bien des personnes n'ont jamais observée. En Italie, dans le court espace de huit ans, nous en avons rencontré sept exemples. « En France, le diabète est assez commun, et M. Rayer en a vu plus de trente cas. Les quelques observations que j'ai recueillies m'avaient porté à le croire plus fréquent en Normandie, et je trouve cette opinion émise et soutenue par Nicolas et Gueudeville, qui attribuent cette fréquence à la nourriture des habitants de cette province, et surtout aux boissons fermentées, comme le cidre, par exemple, dont ils font un très grand usage. »

On a cité l'*hérédité* parmi les causes prédisposantes de la glucosurie, et plusieurs faits, parmi lesquels il faut citer particulièrement ceux d'Isenflamm, qui a

vu sept enfants de la même famille affectés de la maladie qui nous occupe, viennent à l'appui de cette manière de voir. Mais, ainsi que l'a fait très bien remarquer M. Contour, les individus d'une même famille, tant qu'ils restent rassemblés, se nourrissent de la même manière, et sont soumis à la même hygiène. En dégageant ce qui peut appartenir à ces dernières causes, que resterait-il pour l'hérédité ? C'est ce que nous ne pouvons pas dire dans l'état actuel de la science.

Les autres causes qui nous restent à étudier peuvent être regardées comme occasionnelles, bien que la plupart d'entre elles n'agissent qu'au bout d'un certain temps, et qu'elles puissent aussi jouer le rôle de causes prédisposantes.

2° Causes occasionnelles.

Aliments; boissons. Parmi les causes occasionnelles, celle qui tient la première place dans l'opinion de la plupart des auteurs est, sans contredit, l'alimentation. M. Contour, qui s'est occupé avec beaucoup de soin de cette question, est un des auteurs qui accordent la plus grande importance à cette cause. « On est frappé, dit-il, en lisant les observations qui nous ont été transmises, du grand nombre de diabétiques qui ne doivent leur maladie qu'à une *nourriture insuffisamment réparatrice* ou exclusivement *végétale.* Parmi les *aliments*, il faut, ajoute-t-il, signaler, en première ligne, tous ceux dans la composition desquels entre *l'élément féculent* ou *sucre ;* parmi les *boissons*, celles qui sont le produit de la *fermentation*, comme la *bière*, le *poiré*, le *cidre*, etc., ou bien encore les *boissons aqueuses et chaudes* prises habituellement en grande abondance. » Puis il rapporte un nombre assez considérable de faits dans lesquels la maladie paraît s'être développée ou aggravée sous l'influence de ces diverses causes, et il est porté à croire que si, dans certains pays, comme l'Angleterre ou la Hollande, elle est beaucoup plus fréquente que dans tout autre, c'est parce que l'on fait abus de quelques unes des boissons qui viennent d'être indiquées.

A cela on peut répondre d'abord qu'il faut sans doute quelque autre condition particulière, puisque les boissons dont il vient d'être question sont d'un usage excessivement répandu, et que la fréquence de la maladie ne paraît pas en rapport avec l'abus qu'on en fait. En second lieu, et cette remarque est de la plus grande importance, nous allons voir tout à l'heure que chez un homme sain, qui n'a pas par conséquent en lui le principe de la maladie dont nous nous occupons, les matières alimentaires contenant du sucre ou des fécules sont décomposées dans nos humeurs, et que leur passage en nature dans l'excrétion urinaire, qui est implicitement admis par ceux qui accordent une si grande influence à l'alimentation, n'est possible que lorsqu'une autre cause plus puissante est venue empêcher cette décomposition. Enfin les expériences de M. le docteur Cl. Bernard, sur lesquelles je reviendrai plus loin, sont venues prouver qu'une certaine perturbation nerveuse, très mystérieuse encore, il est vrai, doit agir comme une cause très puissante. D'où il suit que, sans dénier toute influence à l'alimentation sur la production de la maladie, on ne saurait admettre qu'elle en ait une aussi grande qu'on l'a dit, ou du moins faudrait-il, pour établir une semblable conclusion, attendre qu'on pût s'appuyer sur des faits plus sévèrement étudiés et analysés.

Reste maintenant un certain nombre d'autres causes que tous les auteurs de nos jours regardent comme au moins très problématiques ; il me suffira, par consé-

quent, d'en donner l'énumération rapide, présentée par M. Contour (page 77) : « Ce sont l'*abus des purgatifs*, des *diurétiques*, des *mercuriaux*, l'affaiblissement causé par de grandes *hémorrhagies*, les saignées trop fréquentes, les *suppurations* abondantes, les *travaux trop pénibles* du corps ou de l'esprit, les chagrins profonds, les *maladies chroniques* qui ont exigé une diète sévère, l'*abus des plaisirs de l'amour*, les *fièvres intermittentes* de longue durée, les *névralgies rebelles*,..... un *refroidissement* général du corps, la *suppression d'un flux habituel*, de *quelques exanthèmes*, de la sueur des pieds, une *maladie de la moelle épinière*, une *inflammation* simple ou calculeuse des *reins*, la *grossesse*, ... *la morsure du serpent dipsas*, *la présence d'un insecte dans les voies urinaires*, ... *la contagion*. »

Parmi ces causes, il en est plusieurs qui ne méritent même pas d'être discutées ; et quant aux autres, tout ce qu'on en peut dire, c'est qu'elles auraient besoin, pour être admises, de la sanction de l'expérience. Il faut seulement faire une réserve pour le *refroidissement* et la *suppression de la transpiration ;* mais je renvoie l'étude de cette cause au paragraphe suivant, consacré aux conditions organiques, parce que la suppression de la transpiration est, dans certaines théories qui demandent à être discutées, regardée comme le point de départ nécessaire ou du moins le plus ordinaire de la maladie.

3° Conditions organiques.

Il est facile de voir, en parcourant les auteurs qui ont écrit sur la glucosurie jusqu'à ces dernières années, que les idées qu'on se faisait sur la cause prochaine, ou plutôt sur la cause organique de cette maladie, étaient, dans l'esprit même de ceux qui les soutenaient, pleines de vague et d'incertitude. M. Bouchardat (1) le premier a présenté une théorie appuyée sur des expériences chimiques et sur des faits intéressants, et plus récemment M. Mialhe, étudiant les transformations de certains aliments par suite de l'insalivation et l'action du sang sur la matière sucrée absorbée, en a présenté une nouvelle très satisfaisante pour l'esprit. Ce sont ces deux théories qui m'occuperont particulièrement ici, et je me bornerai, avant de les exposer, à énumérer les explications les plus importantes données par les autres auteurs.

Dire, avec Cullen, que la maladie est due à une *aberration des forces assimilatrices*, c'est constater un fait sans jeter beaucoup de lumière sur la question. Rollo admettait la *suroxygénation des humeurs animales*, ce qui doit être vrai d'après la théorie de M. Mialhe, comme on le verra plus loin ; mais quelle est la cause de cette suroxygénation ? C'est ce que Rollo ne nous apprend nullement. Ce médecin admettait, du reste, que le siége primitif de la maladie est dans les *voies digestives*, ce qui rapproche cette manière de voir de celle qui a été un instant soutenue par M. Dezeimeris (2). Ce dernier regardait la maladie comme due à une *irritation des reins*, suite d'une *gastrite chronique*. Cette opinion a dû être abandonnée en présence des faits cliniques.

(1) *Monogr. du diab. sucré* (*Annuaire de thérapeutique*, etc. ; Paris, 1844). — Voy. aussi un résumé de tous les travaux de cet auteur dans le *Bulletin de l'Académie de médecine*, 31 mars 1850, t. XV, p. 538.

(2) *Mém. de la Soc. méd. d'émul.*, t. IX.

Nous trouverons dans l'étude des symptômes la *dépravation de la transpiration cutanée* admise par les docteurs Richter, Clarke et Marsh ; mais ce n'est là qu'un point de départ de la maladie, et il reste à expliquer comment une dépravation quelconque de la transpiration cutanée peut déterminer la présence du sucre dans les urines, caractère essentiel de la glucosurie.

Lorsqu'on regardait la diminution notable ou la disparition de l'urée comme un phénomène propre à la maladie qui nous occupe, on pouvait croire à un travail particulier qui se passait dans l'organisme et qui *transformait l'urée en sucre*, d'autant plus que Prout avait montré l'analogie de composition de l'urée et du sucre ; mais, comme le fait observer M. Bouchardat, « cette spéculation n'est plus qu'ingénieuse, depuis qu'on a trouvé que les diabétiques rendaient au moins autant d'urée que les personnes en santé. »

Restent encore quelques autres théories, mais d'une si faible valeur, qu'elles ne méritent pas d'être mentionnées ; passons à celle qui a été donnée par M. Bouchardat.

Théorie de M. Bouchardat. Déjà M. Mac-Grégor (1) avait prouvé par des expériences que le sucre se trouve tout formé dans l'estomac, lorsque M. Bourchardat exposa ses idées, que le résumé suivant, présenté par M. Contour, fera suffisamment connaître. « Cet habile chimiste, qui, très probablement, ne connaissait pas, dit M. Contour, les idées que nous venons de rappeler (celles de Mac-Grégor et de Rollo), dit d'une manière bien positive que les aliments féculents seuls sont transformés en sucre, et que l'agent de cette transformation *est un principe existant dans l'économie des diabétiques, qui aurait sur l'amidon une action toute semblable à celle de la diastase*. Les acides ne sauraient jouer le rôle de ce principe, parce que, dit-il, il a vérifié depuis longtemps que les acides, ou minéraux ou organiques, n'auraient aucune influence pour transformer la fécule en sucre, à la température où la digestion s'effectue. Pour appuyer sa théorie, M. Bouchardat affirme avoir constamment observé que, chez tous les diabétiques, la quantité de sucre contenue dans l'urine était toujours en raison directe de la quantité de pain ou d'aliments féculents ou sucrés ; que la quantité de sucre diminuait quand on venait à diminuer la quantité des aliments sucrés ou féculents ; et qu'enfin elle disparaissait si l'on cessait complétement l'usage de ces aliments. « La soif elle-même, dont sont tourmentés les malades diabétiques, trouve, dit M. Bouchardat, une explication tout à fait satisfaisante dans les faits que nous connaissons sur l'action de la diastase sur l'amidon. Pour que la transformation de l'amidon en sucre soit complète, il faut que la fécule soit dissoute dans sept fois environ son poids d'eau. Eh bien, un phénomène semblable s'observe chez les diabétiques : pour que la transformation de l'amidon en sucre, qui est une nécessité forcée de leur état, puisse s'effectuer, il leur faut sept parties d'eau ; et, tant qu'ils ne l'ont pas ingérée, ils sont tourmentés d'une soif à laquelle ils ne peuvent pas résister. »

» Mais, ajoute M. Contour, ce principe analogue à la diastase, qui ne serait qu'une modification de l'albumine, n'a jamais été, que je sache, matériellement démontré, et, pour en admettre la présence, M. Bouchardat est forcé d'avoir recours à une hypothèse qui ne nous paraît malheureusement pas probable. Pour lui,

(1) *Gaz. méd. de Londres*, 13 et 29 mai 1837.

le point de départ de la maladie serait dans l'*interruption brusque de la sécrétion acide de la peau;* par suite de cette suppression, la sécrétion alcaline des glandes intestinales serait remplacée par une sécrétion acide, et l'observation lui a montré que « partout où les acides organiques existent en proportion notable, on rencontre à côté cette modification de l'albumine, qui agit en transformant la fécule en sucre. Voilà ce qui s'observe dans la maturation de tous les fruits; la même coïncidence doit se présenter dans l'économie diabétique. » S'il en était ainsi, observe M. Contour en terminant, comment expliquer la maladie dans les cas rares, il est vrai, mais cependant bien observés, où les fonctions de la peau n'ont offert aucune altération? Pourquoi la maladie ne disparaît-elle pas lorsque la sécrétion acide de la peau reparaît, soit spontanément, soit sollicitée par des moyens thérapeutiques? »

Théorie de M. Mialhe (1). Tel était l'état de la question lorsque M. Mialhe s'en est occupé. On voit que dans toutes les théories précédentes, on admettait: 1° que si, par une cause quelconque, et dans tout état de santé, du sucre arrivait tout formé dans le sang, il devait être rejeté en nature par les urines; 2° que les diabétiques seuls transformaient certains aliments en sucre, d'où résultait l'état particulier de leurs urines. M. Mialhe, par des expériences dont le résultat est incontestable, a démontré d'abord que la *diastase* existe à l'état normal dans la salive, et MM. Bouchardat et Sandras l'ont retrouvée depuis dans le produit sécrétoire du pancréas. D'où il suit que tout individu qui insalive les aliments amylacés doit les convertir en glucose. Or c'est ce dont on s'assure non seulement par une expérience rigoureuse, c'est-à-dire en faisant macérer de l'amidon dans la salive et en étudiant ensuite le produit, mais encore par une expérience bien simple, qui n'a pas, il est vrai, la rigueur d'une analyse chimique, mais qu'il faut faire connaître, parce qu'elle est instantanément à la portée de tout le monde. Si l'on mâche un pain azyme, on sent bientôt, sous l'influence de l'insalivation, se développer un goût sucré très manifeste qui annonce la transformation de l'amidon en matière sucrée. Cette transformation n'est donc pas douteuse chez les sujets sains aussi bien que chez les diabétiques, et, chose remarquable, on est forcé de reconnaître que la saccharification des aliments féculents est plus facile et plus prompte chez les premiers que chez les derniers, car les diabétiques ayant très peu de salive, une grande partie des matières féculentes doit échapper à l'action de ce liquide.

Je pourrais ici faire remarquer que cette transformation est nécessaire, car autrement les matières féculentes cesseraient d'être alimentaires, puisqu'elles ne sont pas absorbables, et ne le deviennent qu'après avoir subi l'action de la diastase; mais il suffit pour nous que le fait soit expérimentalement constaté de manière à ne laisser aucun doute.

Voilà donc un premier fait d'une importance capitale: c'est que, chez tous les sujets sans exception, la *saccharification des matières féculentes se fait sous l'influence de la diastase qui existe à l'état normal dans le liquide sécrété par les glandes salivaires et pancréatiques.* Mais, s'il en est ainsi, pourquoi les sujets diabétiques rendent-ils par les urines le sucre absorbé à la surface des voies digestives, tandis que rien de semblable n'a lieu à l'état sain? La réponse à cette ques-

(1) *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 1844 et 1845.

tion exige quelques détails. Le sang, où viennent nécessairement se rendre les substances absorbées, est très alcalin à l'état normal; or, si l'on met en contact du sucre de fécule avec un liquide très alcalin, ce sucre subit nécessairement un changement d'état, comme on peut s'en assurer par l'expérience suivante. Mélangez une certaine quantité de ce sucre avec un liquide peu alcalin, neutre ou légèrement acide, ajoutez du deutoxyde de cuivre, chauffez, vous n'obtenez aucun résultat ou un résultat très faible; faites ensuite entrer dans le mélange un alcali, un fragment de potasse caustique, par exemple, et aussitôt le liquide prend une teinte d'un jaune rougeâtre, qui annonce que le deutoxyde de cuivre a été réduit à l'état de protoxyde. Cet effet ne peut évidemment s'expliquer que par un changement survenu dans la matière sucrée qui, sous l'influence de l'alcali, a acquis un pouvoir désoxygénant manifeste. Le même effet est obtenu à l'aide des alcalis carbonatés, et le pouvoir désoxygénant du glucose transformé se fait sentir aussi bien sur d'autres corps très oxygénés, comme le peroxyde de plomb qu'il réduit en protoxyde, et les sels de peroxyde de fer qu'il réduit en sels de protoxyde, etc.

Cela posé, il est facile d'expliquer la présence du sucre dans l'urine des diabétiques, et son absence chez les hommes sains. Chez ces derniers, l'alcalinité naturelle du sang suffit pour la transformation de la matière sucrée, qui en cet état, doit avoir un rôle important dans le grand acte de la nutrition, quoiqu'il nous soit impossible de dire d'une manière précise quel est ce rôle. Mais chez les diabétiques le sang est trop peu alcalin; la transformation du glucose en matière désoxygénante ne peut donc pas avoir lieu; le sucre devient un corps étranger dans l'économie, et, comme tel, est rejeté par les glandes rénales. M. Mialhe a voulu appuyer ces faits par des expériences sur les végétaux, et ces expériences, il les a empruntées à M. Frémy (1). On sait que dans les végétaux la fécule est, sous l'influence de la diastase, transformée en sucre qui, porté par la séve, va se rendre dans diverses parties et principalement dans les fruits; or la séve est neutre ou acide, et le sucre n'y est pas dénaturé; mais si, à l'exemple de M. Frémy, on fait absorber aux végétaux des substances alcalines, et si par là on rend la séve alcaline elle-même, la réaction a lieu, le sucre de fécule subit la modification indiquée plus haut, les fruits ne sont plus sucrés. Ce second fait, c'est-à-dire *la transformation du sucre par le sang alcalin à l'état normal, et sa non-transformation par le sang trop peu alcalin des diabétiques*, est non moins important que le précédent qu'il vient compléter.

Il est une objection qu'il faut prévenir d'avance. Le sang est quelquefois plus fortement alcalin chez les diabétiques, soit que la maladie n'ait pas atteint son summum, soit que, sous l'influence d'une certaine médication, l'alcalinisation ait lieu; mais, même en pareil cas, je le répéte, le degré d'alcalinité de ce liquide n'est pas suffisant, ou, en d'autres termes, la quantité d'alcali nécessaire pour décomposer tout le sucre absorbé ne s'y trouve pas. Supposons, par exemple, qu'il faille atome pour atome; si la quantité de sucre est à la quantité d'alcali comme 4 est à 2, il est évident que la moitié du sucre absorbé ne sera pas transformée et passera dans les urines. Cela explique les divers degrés de la glucosurie.

Maintenant quelle est la cause qui rend trop peu alcalin le sang des sujets

(1) *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, oct. 1844, p. 784.

affectés de glucosurie? C'est là un des points les plus difficiles de la question. Nous avons déjà vu M. Bouchardat signaler la *suppression de la sécrétion acide de la peau;* c'est également à cette suppression que M. Mialhe a principalement recours pour expliquer l'état du sang. L'acide qui ne s'échappe pas par la transpiration reste, en effet, dans ce liquide et neutralise en partie ses alcalis. Cette suppression de la transpiration est donc bien importante à étudier, comme je le disais plus haut.

Mais nous avons vu l'objection adressée par M. Contour à M. Bouchardat sur l'existence de cette cause, et cette objection se représente ici. On a cité des faits dans lesquels la sécrétion de la peau a été normale, et d'autres dans lesquels, après avoir été suspendue, elle s'est rétablie sans que le sucre ait disparu des urines. D'un autre côté, les observations n'ont généralement pas pu être faites avec assez de soin pour qu'on puisse dire d'une manière formelle si la suppression de la transpiration a préexisté à l'apparition du sucre dans les urines, ou si, au contraire, celle-ci a eu lieu la première. Il y a donc nécessairement une autre cause qui, si non dans tous les cas, du moins dans un certain nombre, rend le sang trop peu alcalin. Cette cause, M. Mialhe la trouve dans l'*abus des acides* pris principalement sous forme de boisson, et à ce sujet il m'a cité un cas des plus remarquables. Les boissons acides avaient été prises pendant plusieurs mois comme rafraîchissantes, ou plutôt comme débilitantes, et le malade ayant persisté malgré le début de la glucosurie, le mal avait fait les plus grands progrès.

Ainsi nous trouvons dans l'étude des causes un nouveau motif d'admettre cette théorie. Peut-être dira-t-on que la recherche de ces causes n'a pas porté sur un nombre suffisant de faits; je ne prétendrai pas le contraire, mais tout porte à croire que les faits nouveaux, s'ils sont bien observés, viendront confirmer ce que quelques observations nous apprennent, et n'en fût-il même pas ainsi, ce que l'on peut à peine supposer, la théorie de M. Mialhe n'en serait pas ébranlée, elle resterait toujours la plus satisfaisante et la plus complète. Il faudrait rechercher seulement quel est, dans certaines circonstances, la cause réelle de l'état du sang; mais la transformation de la fécule en matière sucrée par la diastase, et le défaut d'action du sang trop peu alcalin sur cette matière sucrée, n'en seraient pas moins très admissibles; or ce sont là les points fondamentaux de cette théorie si ingénieusement trouvée et si bien établie sur des expériences positives.

M. Capezzuoli (1) n'accepte pas néanmoins cette théorie, se fondant en cela sur des observations qui lui sont propres. Je n'ai pas pu malheureusement consulter le mémoire de cet auteur; mais si l'on examine les conclusions indiquées dans le *Journal des connaissances médicales*, on ne voit nullement ce qu'il peut y avoir, dans les faits cités par M. Capezzuoli, de contraire à la manière de voir de M. Mialhe. Chez les sujets observés par l'auteur italien, le sang avait sa quantité normale de fibrine, et les principes solides du sérum étaient au-dessus du chiffre normal. En quoi cela renverse-t-il la théorie précédente?

Nous aurons d'ailleurs, en parlant du traitement, à citer des faits qui viennent confirmer l'exactitude des résultats signalés par M. Mialhe, et ce sera là une nouvelle preuve d'une grande valeur pour nous, qui, en définitive, demandons tou-

(1) *Gazette de Toscane*, et *Journal des conn. médicales*, novembre 1845.

jours à la pratique la confirmation des idées théoriques. Mais ce serait anticiper que d'entrer ici dans de plus grands détails à ce sujet.

M. le docteur Cl. Bernard (1) a fait des recherches qui semblent tendre à modifier la théorie du diabète. Il en résulte, en effet, que du sucre se forme dans le foie des animaux, quelque nourriture qu'on leur donne, et que l'on ne retrouve plus ce sucre dans le sang après son passage à travers les poumons. Le sucre des diabétiques est-il dû à une lésion des poumons qui ne leur permet plus d'en débarrasser le sang qui a traversé le foie ? Est-il dû à une formation surabondante de cette matière dans le foie sous l'influence d'une perturbation nerveuse ? Le sucre normal fourni dans le foie, en dehors des influences alimentaires, et le sucre anormal des diabétiques ont-ils deux origines différentes ? ce sont là autant de questions qui ne sont pas encore complétement résolues.

Plus récemment encore, M. Cl. Bernard a fait une découverte qui démontre mieux encore que les faits précédents, la part de l'influence nerveuse dans la production du diabète sucré. Il a produit, chez des lapins, un véritable diabète sucré, en blessant avec un instrument piquant une certaine partie du quatrième ventricule du cerveau, entre les éminences olivaires. On pratique cette piqûre chez un lapin, en pénétrant par l'orifice inférieur du ventricule, et bientôt après, l'urine de l'animal, qui avant cette opération était trouble, alcaline et dépourvue de matière sucrée, devient claire, acide, et contient une très grande quantité de sucre. Ces expériences ont été répétées, jusqu'à présent, sur seize lapins, et M. Cl. Bernard, en les variant, a reconnu que le point du quatrième ventricule qu'il fallait blesser, pour opérer ce singulier phénomène, était très limité, et correspondait à un espace situé un peu au-dessus de l'origine des nerfs de la huitième paire. Ce sont là des faits qui parlent en faveur de la perturbation nerveuse.

§ III. — Symptômes.

Quoique la manière, toujours un peu superficielle dont on a étudié les symptômes de la glucosurie, autres que ceux qui sont fournis par l'état des urines, laisse encore à faire à l'observation exacte et rigoureuse, on peut dire que cette maladie a été l'objet d'un examen plus attentif que la plupart des autres. Aussi la description que nous en ont donnée les auteurs a-t-elle un très grand intérêt, et nous permettra-t-elle d'entrer dans des détails très importants.

Début. J'emprunte à M. Contour (2) l'exposition suivante des signes du début, parce qu'il a étudié, sous ce point de vue, les observations avec assez de soin. « Si, dit-il, on en croit quelques auteurs, le diabète débuterait toujours par des symptômes précurseurs, qui, à cause de leur peu d'intensité, ont pu bien des fois échapper à l'attention des observateurs ; suivant d'autres, au contraire, la maladie se montrerait brusquement par quelque symptôme important. Il y a, je crois, de l'exagération de part et d'autre, et il est plus vrai de dire que tantôt le diabète se manifeste d'une manière instantanée au milieu d'une santé florissante, et que tantôt son apparition est précédée de quelques signes avant-coureurs.

» On observe, en effet, quelquefois un certain malaise général, quelques trou-

(1) *Séances de l'Ac. des sc.*, 2 avril 1849.
(2) *Loc. cit.*, p. 15.

bles dans les fonctions digestives, tels que des rapports nidoreux ; un goût aigre à la bouche ; un peu de pesanteur, ou bien même une véritable douleur dans la région épigastrique ; une sécheresse de la bouche et de la gorge, due à un défaut de sécrétion de la salive, qui est blanche et écumeuse ; quelques symptômes nerveux qui se traduisent du côté de la tête par de la céphalalgie, ou bien du côté des membres par des douleurs ou des crampes qui frappent principalement les muscles des mollets. D'autres fois, au lieu de ces troubles de digestion dont je viens de parler, on voit apparaître, comme dans le cas du capitaine Meredith, cité par Rollo, une augmentation de l'appétit. Loin de regarder cette faim comme dangereuse, le malade croit, au contraire, qu'elle est une preuve de santé ; mais bientôt surviennent d'autres signes qui ne permettent plus de rester dans cette fausse sécurité. »

Il est facile de voir par là que les signes du début n'ont pas été recherchés avec tout le soin nécessaire. Quels sont réellement les premiers symptômes, que la maladie se produise brusquement ou non ? C'est ce qu'on ne peut savoir d'une manière positive ; et cependant ce que j'ai dit plus haut, à propos de la suppression de la transpiration, prouve suffisamment le parti qu'on pourrait tirer d'une étude du début faite avec toute la rigueur nécessaire. Cette étude est, il est vrai, difficile, parce que, comme l'ont fait remarquer la plupart des auteurs, les malades peuvent être déjà atteints de glucosurie sans s'en apercevoir entièrement, et ne se présenter au médecin qu'à l'occasion de symptômes aggravés qui leur paraissent seuls marquer le début d'une véritable maladie. De plus, la présence du sucre dans l'urine, caractère essentiel de l'affection, n'altère pas suffisamment l'apparence de ce liquide, pour qu'on puisse facilement la constater par la simple inspection, surtout quand on est étranger à l'art. Mais, après avoir fait la part de ces difficultés, je crois qu'un interrogatoire méthodique, une grande attention, et enfin l'analyse exacte des faits, pourraient jeter de grandes lumières sur ce début, dont l'importance ne saurait être niée. Signalons donc ce sujet de recherches à l'attention des observateurs.

Symptômes. Pendant une grande partie du cours de la maladie, on ne constate ordinairement l'existence d'aucune *douleur* locale, soit spontanément, soit à la pression, soit au moment de l'émission des urines. Mais à une époque avancée, on observe souvent des douleurs dans la région lombaire ou au col de la vessie, qui accompagnent ordinairement l'émission des urines, et qui se prolongent dans le canal de l'urètre. Cette douleur ne paraît devoir être attribuée qu'à la grande abondance de la sécrétion urinaire et au passage continuel du liquide dans les conduits. J'en ai vu récemment un exemple remarquable. Il y avait même dans ce cas, observé chez une femme, un gonflement considérable du canal de l'urètre et des parties environnantes. La *pression* dans la région rénale ne fournit aucun signe évident, même à cette époque.

L'*émission* de l'urine est nécessairement très fréquente ; on a observé qu'elle l'est plus la nuit que le jour, et le besoin continuel d'uriner prive les malades d'une grande partie de leur sommeil.

La *quantité* de l'urine rendue est presque toujours considérable. Suivant M. Bouchardat, le terme moyen de cette quantité est de cinq à huit kilogrammes ; mais elle peut atteindre un chiffre beaucoup plus élevé, puisque ce médecin a vu des sujets rendre jusqu'à quatorze, quinze et même seize kilogrammes d'urine par

jour, et que d'autres observateurs parmi lesquels il faut citer Morgagni, P. Frank, Baumes, Fonseca, ont vu la quantité de ce liquide s'élever jusqu'à vingt, vingt-cinq, quatre-vingts et même cent kilogrammes dans les vingt-quatre heures. Mais ainsi que le fait observer M. Contour, est-il bien certain que dans les cas où la quantité de l'urine était si énorme, on eût affaire à de véritables glucosuries? L'ignorance dans laquelle on était du caractère essentiel de cette affection n'a pas permis aux auteurs de mettre le fait hors de doute. Les chiffres donnés par M. Bouchardat, et qui se rapprochent de ceux de M. Martin-Solon, sont ceux qu'on constate ordinairement. « L'abondance de l'urine, dit M. Contour (p. 23), est loin d'être toujours la même à toutes les époques de la maladie. Ainsi, *au début*, elle n'offre d'abord rien de remarquable, mais bientôt elle augmente progressivement, pour arriver à son summum, alors que le diabète atteint lui-même son plus haut degré d'intensité. Plus tard, soit que la maladie s'amende, ou marche vers une terminaison heureuse, soit au contraire, que la mort doive survenir, on voit les urines *diminuer* sensiblement. Il ne faudrait pas toutefois attacher une plus grande importance qu'elle ne le mérite à cette supersécrétion urinaire; le *diabète peut exister alors même que les urines n'excèdent pas la quantité qu'on observe dans l'état de santé.* » Quelques faits rapportés par plusieurs auteurs, et entre autres par les docteurs Watt, Prout, Copland et Bouchardat, prouvent l'exactitude à l'appui de cette assertion.

On n'est pas complétement d'accord sur le rapport qui existe entre la quantité des urines et celle des boissons ingérées. MM. Bell (1) et Bouchardat (*loc. cit.*) pensent qu'on a eu tort de dire que la quantité des urines est plus considérable que celle des boissons, et que c'est plutôt le contraire qui a lieu. Mais, sans parler des nombreux observateurs qui ont constaté l'abondance plus grande des urines, je dirai qu'il résulte des notes prises jour par jour par M. Contour, que presque constamment cette abondance a été supérieure à celle des boissons, et que parfois elle l'a dépassée d'une manière extraordinaire. Quelquefois cependant les faits se présentent à l'observation tels qu'ils ont été signalés par MM. Bell et Bouchardat; mais ces faits sont en très faible minorité. Les expériences faites par Dupuytren et M. Thenard et par M. Bardsley (2) viennent confirmer l'opinion contraire à celle de ces deux médecins, et qui est l'opinion générale. N'oublions pas, du reste, que les choses peuvent varier d'un jour à l'autre, surtout sous l'influence des divers traitements.

L'urine, immédiatement après son émission, est transparente, moins foncée qu'à l'état normal, parfois presque incolore, plus ordinairement colorée en jaune-paille ou légèrement verdâtre. Bardsley a constaté que, contrairement à une assertion qui avait été émise, sa température n'est pas inférieure à celle qu'elle présente à l'état normal. « Si on l'examine un peu plus tard, quand il y a déjà quelque temps qu'elle est excrétée, elle a, dit M. Contour (p. 27), perdu ordinairement sa transparence, elle est blanchâtre, ressemblant à du petit-lait clarifié, ou bien, comme le dit Cullen, à une dissolution de miel dans une grande quantité d'eau. »

« Le plus souvent inodore, continue cet auteur (auquel je crois devoir emprunter

(1) *Dict. des étud. méd. prat.*, art. DIABÈTE.
(2) *Medic. reports*, 1807.

tous ces détails, parce qu'ils sont très bien présentés et nous mettent parfaitement au courant de la science), ou tellement peu odorante qu'elle impressionne à peine les nerfs olfactifs, l'urine diabétique offre quelquefois une *odeur* qui n'est pas toujours la même; nous lui avons plusieurs fois trouvé une odeur aromatique, d'autres ont cru reconnaître l'odeur de la violette.

» Sa *saveur* est douce et sucrée dans l'immense majorité des cas; cependant l'urine peut être insipide ou avoir la saveur du sel marin. » De ce que l'urine présente cette dernière saveur, il n'en faudrait pas conclure qu'elle ne contient pas de sucre; on a cité, en effet, des exemples du contraire, et M. Contour en rappelle un qui est dû à M. Martin-Solon. Nous verrons plus tard, en recherchant si l'on doit admettre, avec Dupuytren et M. Thenard, l'existence du sucre insipide, à quelle cause il faut attribuer cette absence de saveur sucrée.

« Malgré sa grande quantité, continue l'auteur que je cite, l'urine diabétique a toujours une *pesanteur spécifique* de beaucoup supérieure à celle qu'on observe dans l'état de santé. C'est le docteur Henry, de Manchester, qui le premier découvrit ce caractère si important, qu'il peut servir à faire reconnaître tout de suite la maladie; et M. Bouchardat a parfaitement raison de dire qu'en général, toute urine d'une couleur pâle, et dont la densité est supérieure à 1040, est une urine diabétique. Suivant M. Bell, cette pesanteur spécifique varie de 1025 à 1060. M. Bouchardat, dans ses nombreuses expériences, l'a vue varier de 1020 à 1075 à la température de 12 degrés cent.; Robert Willis donne pour chiffres extrêmes 102[illegible] et 1055. J'ai actuellement sous les yeux un grand tableau synoptique du poids spécifique d'urines de diabétiques recueillies dans le service de M. Martin-Solon et je trouve 1027 pour le chiffre inférieur et 1049 pour le chiffre supérieur. On dit généralement que la pesanteur spécifique de l'urine des diabétiques est en rapport direct avec la quantité de sucre que cette urine contient; cependant, dans le tableau synoptique dont je viens de parler, et où les quantités de sucre sont consignées avec soin en regard du poids spécifique, je vois que l'urine du matin *pèse plus* que l'urine de la journée, bien qu'elle contienne *moins* de sucre.

» Abandonnée à elle-même, l'urine diabétique, après quelques jours de repos à une température modérée, acquiert une odeur aigre, vineuse, ou mieux encore de lait tourné; au lieu d'être ammoniacale, comme le serait très certainement l'urine ordinaire, elle est au contraire très acide, et doit cette propriété à la présence de l'acide carbonique produit par la fermentation; cette fermentation s'obtient d'ailleurs avec la plus grande facilité par l'addition d'un peu de levure de bière. Si dans cet état on l'examine au microscope, on aperçoit de petits corpuscules blancs, que M. Quevenne (1) a décrits comme étant de véritables globules de ferment semblables à ceux observés déjà dans la levure de bière par M. Cagniard-Latour. Enfin l'urine, dans la glucosurie, dévie à droite la lumière polarisée; il suffit de signaler ici cette propriété qui a servi, à l'aide de l'appareil inventé par M. Biot, à constater la quantité de sucre dans un assez grand nombre d'observations. »

Le caractère principal de l'urine est, comme je l'ai dit plusieurs fois, de contenir une certaine quantité de *matière sucrée*. La *quantité* de cette matière est va-

(1) Journal *l'Expérience*, t. Ier, p. 405.

riable, suivant les sujets et aux diverses époques de la maladie ; ainsi on voit des cas où, à certaines époques, on en trouve un *trentième* du poids des urines, tandis qu'il est ordinaire d'en trouver jusqu'à un *septième*. Cette quantité va en augmentant jusqu'à ce que la glucosurie ait atteint son summum d'intensité ; ensuite elle diminue, quelle que soit la terminaison de la maladie. Ce n'est pas d'une manière continue qu'ont lieu cette diminution et cette augmentation ; il survient, en effet, dans le cours de l'affection, des rémissions plus ou moins notables, pendant lesquelles la quantité de sucre diminue, et le même effet, ou au contraire une augmentation plus ou moins considérable peut avoir lieu sous l'influence de certaines boissons et surtout de certains aliments, comme les aliments féculents.

Il existe plusieurs procédés pour constater la présence du sucre dans les urines ; j'exposerai d'abord en détail celui de M. Fromhertz (1), parce qu'il est celui qui est mis en usage par tous les praticiens, et que, bien qu'il ne fasse pas reconnaître la quantité du sucre d'une manière aussi exacte que certains autres, il en donne néanmoins une idée suffisante. J'indiquerai ensuite la manière d'agir de M. Mialhe et quelques autres procédés ingénieux.

Procédé de M. Fromhertz. Voici comment l'expérience est pratiquée par M. Contour, qui a fréquemment mis en usage ce procédé dans le service de M. Martin-Solon. « Dans un petit tube de verre, dit-il, on ajoute d'abord une très faible proportion de potasse caustique solide, puis un fragment de deuto-sulfate de cuivre ; on chauffe très légèrement ce mélange à la lampe à l'esprit-de-vin, et aussitôt, si l'urine contient du sucre de diabétique, on observe une réduction de protoxyde de cuivre, qui se montre sous la forme d'un précipité jaune rougeâtre très manifesté. Si, au contraire, l'urine ne contient pas de sucre, au lieu d'une réduction d'un jaune rougeâtre, on obtient un précipité noir. La réduction de protoxyde de cuivre a lieu également à froid, mais elle se fait attendre quelque temps ; c'est pour cela qu'il est préférable d'élever un peu la température du mélange. »

Plusieurs fois ce procédé a échoué entre les mains des praticiens, pour un motif qu'il importe beaucoup de signaler ici. M. Contour recommande d'ajouter une *très faible proportion* de potasse caustique, et il peut se faire que cette proportion soit tout à fait insuffisante ; c'est, au contraire, un *excès d'alcali* qu'il faut mettre, et l'on doit d'autant plus le recommander, qu'on n'a nullement à craindre de dépasser le but. Employé ainsi, le procédé est infaillible. On trouve facilement l'explication de tous ces faits, en se rappelant la théorie de M. Mialhe, dont l'expérience que je viens de faire connaître est à son tour une confirmation.

Procédé de M. Mialhe. Il suffit d'introduire dans l'urine, renfermée dans un tube, un *excès de potasse caustique*, et de chauffer à la flamme d'une lampe à l'alcool. Dès que le liquide entre en ébullition, *il prend une couleur brune rougeâtre que ne présentent aucune des autres urines* soumises à la même expérience. Cette coloration est extrêmement tranchée, et *en rapport avec la quantité de sucre contenu dans l'urine*. On voit par là combien le procédé devient plus simple ; et si l'on a soin de mettre dans le liquide un excès d'alcali, il est, je le répète, infaillible. Si l'on veut ensuite pousser l'expérience plus loin, on n'a qu'à ajouter le deuto-sulfate de cuivre, dont la réduction s'opère ainsi que nous l'avons dit plus haut.

(1) *Annalen der Chem. und Pharm.*, t. VII.

Procédé de M. le docteur Maumené (1). Ce médecin a trouvé un nouveau moyen de reconnaître la présence du sucre dans l'urine. Voici comment il faut procéder:

Prenez une bande de mérinos blanc; plongez-la pendant quatre ou cinq minutes dans une *solution aqueuse de bichlorure d'étain;* faites égoutter, séchez au bain-marie le mérinos sur une bande de la même étoffe; coupez-le en bandelettes de sept à dix centimètres de long sur deux ou trois de large.

Il suffit ensuite de verser une goutte d'urine sur une des bandelettes ainsi préparées et de l'exposer au-dessus d'un charbon rouge, de la flamme d'une lampe ou d'une bougie, pour produire, s'il y a du sucre dans l'urine, une tache noire très visible.

L'urine non sucrée, l'urée, l'acide urique ne produisent rien de semblable.

La sensibilité du réactif est telle, dit M. Maumené, que dix gouttes d'une urine diabétique, versées dans cent centimètres cubes d'eau, forment une liqueur avec laquelle on rend le mérinos chloruré complétement brun noir.

L'évaporation et la cristallisation employées par MM. Peligot et Bouchardat constituent un bon moyen, mais qui demande beaucoup de temps; il en est de même de la *fermentation.*

M. le docteur Brzeszinski (2) *sépare le sucre* de l'urine des diabétiques de la manière suivante. Il renferma l'urine d'un diabétique dans un vase de la même argile que les creusets. Au bout de quatre jours, on vit à l'extérieur du vase un commencement de transpiration, et vers le huitième la surface externe se couvrit d'une incrustation jaunâtre, qui se laissa détacher avec un couteau, sous forme d'écailles d'œufs. M. Brzeszinski en ramassa en une seule fois plus de 60 grammes, et le goût prouva que c'était du sucre.

On ne peut pas, évidemment, s'attendre à obtenir, par ce procédé, un résultat d'une grande précision; mais ce moyen étant à la portée de tous les praticiens, on ne doit pas le négliger.

Quant au *procédé de M. Biot*, c'est-à-dire à la *polarisation* (3), il est impossible d'en trouver un à la fois plus prompt, plus exact et plus délicat; mais l'appareil si ingénieux de ce célèbre physicien demande un emplacement particulier, et ne peut être à la disposition que d'un petit nombre de personnes. Le *saccharimètre* portatif, inventé par M. Soleil, pourra être mis en usage dans les cas où l'on voudra arriver à une très grande précision; mais, je le répète, pour la pratique les procédés de MM. Frombertz et Mialhe sont très suffisants.

Il ne faut pas oublier un fait bien important pour le praticien, parce qu'il le met sur la voie du diagnostic; c'est l'existence, sur la chemise et les vêtements qui peuvent être en contact avec l'urine, de *taches* blanchâtres, d'abord poisseuses, puis fermes et donnant de la consistance au linge, lorsqu'elles se sèchent. Ces taches résultent d'un dépôt de sucre. Quelquefois on trouve sur les vêtements de véritables *cristaux.*

Le sucre trouvé dans les urines des diabétiques est regardé aujourd'hui comme analogue au *sucre de fécule*, ou au sucre de raisin ou d'amidon, et d'après la théorie que les faits nous ont forcés d'admettre, nous devons même le regarder comme

(1) *Séances de l'Acad. des sciences*, 18 mars 1850.

(2) *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1er février 1848.

(3) *Instructions pratiques sur l'observation et la mesure des propriétés optiques appelées rotatoires*; Paris, 1845, in-4.

identique à ces sucres, puisqu'il n'est pas autre chose que ces sucres eux-mêmes passés dans la circulation après avoir été absorbés. Quant au *sucre insipide* admis par Dupuytren et M. Thenard, M. Bouchardat a démontré qu'il ne différait pas du précédent, mais que sa saveur était seulement masquée par certains sels.

On a cru pendant longtemps que dans le diabète l'urine ne contient pas d'*urée*; des expériences faites par MM. Chevreul, Mac-Grégor, Keane, Bouchardat, etc., ont prouvé le contraire. Je n'indiquerai pas ici les procédés employés, parce que la détermination de l'urée ne peut plus être aujourd'hui regardée comme utile au praticien. D'après des analyses faites par M. Morin (1), la quantité de l'urée paraîtrait en raison inverse de la quantité du sucre. Mais ce qu'il y a de certain, c'est que cette quantité varie beaucoup chez le même sujet. « Chez les diabétiques, dit M. Bouchardat (2), comme chez les personnes en santé, la proportion d'urée contenue dans l'urine est proportionnelle à la quantité d'aliments azotés qu'ils prennent. Si chez les diabétiques, la proportion relative d'urée est ordinairement très faible, cela provient uniquement de ce que la proportion d'aliments azotés est très faible comparativement à la quantité d'urine rendue. »

On trouve quelquefois une petite quantité d'*albumine* dans l'urine des diabétiques, mais la présence de cette substance n'a pas l'importance que quelques auteurs ont voulu lui attribuer. L'*acide urique* n'a pas disparu dans cette affection, comme on l'avait prétendu; les observations de MM. Chevreul, Bell, Bouchardat, Mialhe (3) ont prouvé le contraire; cependant il n'existe souvent qu'en petite quantité, d'où résulte la *faible acidité* de l'urine diabétique. On a, en outre, dans quelques cas, signalé la présence de l'*acide hippurique* que M. Bouchardat n'a pas trouvé chez les diabétiques soumis à son observation.

Tels sont les caractères tirés de l'état des urines, état dont les symptômes, que nous allons maintenant passer en revue, sont évidemment la conséquence.

Les *fonctions génératrices* sont profondément troublées. Les érections n'ont plus lieu; il n'y a plus de désirs vénériens; parfois même, si l'on en croit quelques auteurs, le testicule s'atrophie, et le scrotum devient flasque. Suivant M. Elliotson, cet état s'observe seulement neuf fois sur dix; mais il eût été nécessaire de dire si les malades avaient été interrogés à ce sujet à toutes les époques de leur maladie, car cette altération des fonctions génératrices, qui a été remarquée par tous les observateurs, ne survient que graduellement, et l'on conçoit très bien qu'à une époque rapprochée du début, elle peut être très faible et peu appréciable. Le même auteur a noté que la sécrétion du sperme cessait de se faire. Chez les femmes, on n'a constaté que l'*aménorrhée*, qui se montre fréquemment; mais encore on a oublié d'indiquer l'époque de la maladie où survient ce symptôme.

Du côté des voies digestives, on observe les phénomènes les plus remarquables. « *La bouche*, dit M. Contour, qui a donné un bon résumé des observations faites sur ce point par les auteurs, la bouche est aride et sèche, comme chez les personnes tourmentées par la soif. La *salive* est peu abondante, épaisse et écumeuse, presque toujours acide, ce dont il est facile de s'assurer à l'aide du papier de tournesol. Cependant, quand la maladie approche de son terme fatal, ou bien

(1) *Journ. de pharm. et de chim.*, 1843.
(2) *Loc. cit.*, p. 185.
(3) *Arch. de méd.*, 2ᵉ série, t. VII, p. 259.

quand les symptômes, par leur disparition toujours incomplète, ont fait place à une rémission passagère, la salive perd cette acidité accidentelle et reprend ses caractères ordinaires. » M. Mialhe ajoute plus d'importance encore à cette acidité de la salive. Pour lui, c'est un phénomène constant, et l'état des gencives et des dents, qui sont si fréquemment altérées, en est une conséquence.

M. Martin-Solon, et après lui M. Contour, ont, à l'aide du procédé de M. Fromhertz, constaté dans la salive des diabétiques la présence du sucre, indiquée déjà par Rollo et M. Marc-Grégor. « Ainsi, ajoute M. Contour, se trouve expliqué ce goût fade, doucereux et même sucré dont se plaignent souvent les diabétiques. La *langue* humide, naturelle dans les premiers temps de la maladie, se recouvre généralement plus tard d'un enduit blanc et épais; quelquefois elle est nette et d'un rouge vif, d'autres fois elle est d'un rouge de feu sur ses bords, tandis que son milieu est remarquable par un enduit d'un blanc jaunâtre, et même brun ou noirâtre. Les *gencives* s'affectent fréquemment, elles deviennent molles et douloureuses, saignent au moindre contact, comme dans le *scorbut;* et alors l'*haleine* qui d'abord n'était que fade, et à laquelle on a voulu trouver une odeur de foin devient fétide et repoussante; les *dents* se déchaussent par l'altération progressive des gencives, elles se carient, vacillent et tombent. Home cite un cas dans lequel un malade en perdit seize en très peu de temps. »

L'*augmentation de l'appétit* est, ainsi que le fait remarquer M. Bouchardat, un des traits les plus caractéristiques de la glucosurie. Il n'est guère d'affection, en effet, où l'on observe, comme dans celle-là, un appétit excessif, vorace, et qui devient parfois une véritable *boulimie.* Cependant ce symptôme n'est pas constant : on l'a vu manquer, mais rarement, et l'on peut dire qu'il n'est *presque aucun* sujet qui ne l'ait éprouvé à un degré plus ou moins grand. Cet appétit exagéré n'existe ni d'une manière continue ni pendant toute la durée de la maladie; il est capricieux, irrégulier, de telle sorte que pendant plusieurs jours le malade prendra une quantité énorme d'aliments, et éprouvera ensuite du dégoût. L'augmentation de l'appétit est, dans la grande majorité des cas, peu sensible au début; elle est surtout remarquable quand l'amaigrissement commence à se montrer. Lorsque la maladie touche au terme fatal, et quand la phthisie pulmonaire se déclare, cette faim anormale diminue jusqu'à ce que l'appétit revienne à son état naturel, ou même au-dessous. La quantité d'aliments qu'il faut pour rassasier un diabétique est parfois effrayante. Dupuytren et M. Thenard ont constaté que le malade soumis à leur observation ingérait une masse de substance égale au tiers du poids de son corps. Porter, cité par les auteurs du *Compendium*, a vu un cas plus extraordinaire encore. M. Bouchardat a observé que la plupart des diabétiques ont un goût prononcé pour le pain et pour les aliments féculents.

Malgré la grande quantité d'aliments que prennent les individus attaqués de glucosurie, il est remarquable que jusqu'à une certaine époque les *digestions* se font assez bien. Quelques uns, il est vrai, se plaignent de *chaleur*, de *pesanteur* à l'estomac, de *renvois acides*, en un mot de symptômes qui annoncent des digestions laborieuses; mais la plupart, au contraire, n'éprouvent pas ces accidents, ou, n'y faisant qu'une médiocre attention, se croient dans un meilleur état de santé qu'auparavant. Lorsque la maladie a fait d'assez grands progrès, il n'en est plus ainsi : on voit apparaître des *douleurs épigastriques* qui augmentent

notablement lorsque l'estomac est distendu par les aliments; quelquefois les malades les comparent à la sensation que produirait un acide corrosif, ce qui s'explique par le haut degré d'acidité du liquide gastrique. Le *vomissement* a lieu alors assez fréquemment. Les matières rendues sont abondantes, et composées d'aliments à moitié digérés. M. Mac-Grégor y a découvert, par l'analyse, une certaine quantité de sucre, ce qui ne doit pas nous étonner, puisque, ainsi que nous l'avons vu plus haut, cette matière est directement formée à l'aide de la diastase de la salive et du suc pancréatique.

Dans les premiers temps de la maladie, on observe une *constipation* marquée; et alors les *matières fécales* sont quelquefois complétement inodores, ce qui, suivant M. Bouchardat, indique une grande intensité de la maladie.

Plus tard, les selles perdent de leur consistance; elles deviennent grisâtres, et ressemblent, suivant l'expression de M. Contour, à une pâte chymeuse. Enfin elles sont liquides et nombreuses; mais cette *diarrhée* n'est pas continue; et l'on observe généralement des alternatives de dévoiement et de constipation.

Dans les premiers temps, on ne trouve rien de remarquable du côté des *voies respiratoires;* mais à l'époque où l'affection a pris une grande intensité, les fonctions de la respiration commencent à s'altérer. « On observe, dit M. Contour, une petite *toux* sèche à laquelle d'abord le malade ne fait pas attention, mais dont les progrès continuels ne laissent pas d'être bientôt inquiétants; et si l'auscultation ne dévoile rien dans la poitrine, elle ne tardera pas à faire reconnaître des *tubercules* qui, une fois développés, se ramolliront avec une effroyable rapidité. »

L'état de la *peau* mérite de fixer notre attention; malheureusement on n'a pas pu l'examiner dans les premiers temps de la maladie, ce qui serait néanmoins très important, comme nous l'avons vu en étudiant les théories de MM. Mialhe et Bouchardat. Mais à une époque assez avancée, voici les observations qu'on a faites, et que M. Bouchardat a très bien résumées de la manière suivante:

« La peau subit des altérations remarquables: elle devient extrêmement *sèche*, *rugueuse*, *écailleuse;* dans quelques cas, elle se couvre d'*éruptions* de différente nature (*lichen*, *impetigo*, *porrigo*, *psoriasis*). Le plus souvent sa *sensibilité* diminue au point même que quelquefois elle peut s'effacer complétement. Naumann a pu arracher les poils qui couvrent certaines parties du corps sans que les malades éprouvassent aucune douleur. La *transpiration cutanée* est complétement ou presque complétement anéantie, quand le diabète offre une grande intensité. Quand, sous l'influence du régime que j'exposerai plus loin, la maladie a diminué d'intensité, les *sueurs* peuvent reparaître; on les a également remarquées, et quelquefois assez abondantes, lorsque la terminaison fatale approche. »

Lattam (1) a avancé que la sueur avait une odeur de foin. Autenrieth prétend avoir observé des cristaux de sucre au périnée; mais, à ce sujet, on ne peut s'empêcher de remarquer, avec M. Contour, qu'on n'est pas autorisé à regarder ce sucre comme un résidu de la sueur, à cause du lieu où on l'a trouvé. A une époque avancée de la maladie, les urines baignent fréquemment les parties génitales et le périnée, où peut se déposer le sucre qu'elles contiennent. Mac-Grégor a isolé *le sucre contenu dans la sueur.*

(1) *Facts and opinions concerning diabetes.*

Lorsque l'affection n'a fait encore que de faibles progrès, on ne remarque aucun changement dans l'état de la *circulation;* quelques sujets seulement présentent un peu de ralentissement du pouls. Mais, quand les digestions deviennent pénibles, et surtout quand les vomissements surviennent, ces accidents digestifs s'accompagnent de *frisson*, de *chaleur* et d'une *accélération notable du pouls.* Dans les derniers temps, et lorsque des tubercules sont venus joindre leurs symptômes à ceux qui viennent d'être exposés, on observe à la fois la petitesse et l'accélération des pulsations, phénomène qui coïncide avec le dépérissement rapide.

On a trouvé du *sucre dans le sang* extrait de la veine chez les diabétiques. M. Contour rapporte à M. Ambrosiani la première découverte de cette matière dans ce liquide. Plus tard, les docteurs Maitland, Rees, Mac-Grégor, Guibourt et Bouchardat ont fait la même expérience, et sont arrivés au même résultat. On ne peut donc, quoique plusieurs autres chimistes n'aient pas été aussi heureux, nier que le sucre existe en nature dans le sang; et, comme le fait très bien observer M. Bouchardat, si quelques expériences n'ont pas réussi, c'est qu'elles ont été faites trop longtemps après la digestion, et lorsque le sucre absorbé avait déjà été évacué par les urines.

A une époque un peu rapprochée du début, la peau ne présente rien de remarquable sous le rapport de la *chaleur;* seulement les malades éprouvent une sensation fatigante de chaleur intérieure et une sensibilité plus grande au froid extérieur; quelquefois, ainsi que l'a remarqué M. Contour, ils éprouvent alternativement des sensations de froid et de chaud qui, partant des lombes, viennent aboutir à la région de la vessie. A une époque plus avancée, la fièvre devient continue; on observe une chaleur qui augmente après les repas et le soir, comme dans toutes les fièvres hectiques.

Les phénomènes qu'on a notés du côté de la *vision* ont fixé l'attention de tous les médecins; mais à ce sujet les opinions ne sont pas uniformes. Généralement on a avancé que la vue est le plus souvent affaiblie à une époque assez avancée du diabète. M. Bouchardat affirme qu'il a souvent vérifié l'exactitude de cette opinion; mais M. Contour ayant interrogé avec soin les organes des sens chez tous les malades soumis à son observation, n'a jamais noté cet affaiblissement de la vue, que, d'un autre côté, M. Mialhe, de qui je tiens ces détails, regarde comme un des symptômes les plus fréquents et les plus remarquables de la glucosurie. Il est impossible, comme on le voit, de se prononcer avant d'avoir de nouveaux faits suffisamment nombreux et exactement analysés. Remarquons toutefois, avec MM. Contour et Bouchardat, qu'on aurait tort, sans de nouvelles preuves, d'attribuer à la maladie qui nous occupe certaines lésions des yeux, telles que l'*opacité de la cornée*, la *cataracte*, etc., ainsi que l'ont fait quelques auteurs. Il est plus que probable que ces lésions n'existent que par de simples coïncidences.

L'état du *moral*, qui d'abord ne présentait rien de particulier, ne tarde pas à devenir inquiétant: le malade est *triste*, *soupçonneux*, *irritable*, et il tombe dans une *hypochondrie* dont les améliorations passagères qu'on obtenait à l'époque où l'on n'avait pour principal moyen de traitement qu'un régime approprié le tirait difficilement.

On a encore signalé comme un symptôme de la glucosurie la *dureté de l'ouïe*, et même la *surdité*. M. Contour a observé un cas dans lequel la suppuration des

deux oreilles rendit l'ouïe difficile pendant toute la durée de l'affection, qui fut d'environ deux mois. Ce symptôme mérite d'être encore étudié; mais, avec les documents que nous avons, il est impossible de se prononcer sur sa valeur réelle.

Lorsque la maladie approche de sa terminaison funeste, les symptômes les plus remarquables sont : le *dévoiement*, qui rend le dépérissement très rapide ; l'*émaciation*, la *faiblesse* extrême, le *ramollissement des gencives*, la *chute des dents*, la *fétidité de l'haleine*, l'*infiltration* des membres inférieurs, et parfois un *épanchement dans le péritoine;* la *rougeur du méat urinaire et du prépuce*, occasionnée par le passage et le contact presque continuel de l'urine; la *tristesse*, l'*abattement*, le *désespoir*, des rêves effrayants; enfin le malade succombe avec les symptômes de la phthisie pulmonaire arrivée au dernier degré, et dans le marasme le plus complet.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison de la maladie.

Il résulte des détails dans lesquels je viens d'entrer que la maladie peut être divisée en *trois périodes*, qui, sans être complétement distinctes, ne laissent pas de se caractériser par des phénomènes remarquables. Dans la *première*, nous trouvons l'augmentation de l'appétit, la soif, la constipation, l'abondance des urines, la présence du sucre dans ce produit de la sécrétion rénale, sans que d'autres symptômes bien tranchés viennent éclairer le sujet sur sa position. Dans la *seconde*, on observe le trouble des fonctions digestives (vomissements, etc.), des alternatives de diarrhée et de constipation, l'émaciation plus ou moins rapide, l'affaiblissement de la vue, la suppression de la transpiration, des symptômes d'hypochondrie; et plusieurs des symptômes précédents tels que l'excrétion du sucre par les urines et la soif, augmentent encore. Enfin, dans la *troisième*, nous voyons souvent un dévoiement continuel, la fièvre, le marasme ; et quoique l'abondance des urines diminue, et que même la transpiration cutanée puisse, dans certains cas, se reproduire en partie, le dépérissement fait des progrès tels, que le malade ne tarde pas à succomber après avoir été plongé dans l'abattement et le désespoir.

Si on la considère d'une manière générale, on doit dire que la marche du diabète est lente, continue et progressive. Cependant, comme le régime a une influence marquée sur l'intensité des symptômes, il arrive nécessairement parfois que des améliorations de plus ou moins longue durée, accidentelles ou obtenues par l'art, paraissent venir suspendre cette marche croissante; mais bientôt la maladie reprenant son cours, on voit que ses symptômes sont plus graves, et que ses progrès, quoiqu'un instant masqués, n'en sont pas moins réels. On a vu parfois des affections aiguës, et surtout des exanthèmes fébriles, suspendre momentanément les symptômes de la glucosurie ; mais on ne saurait admettre l'existence d'un *diabète intermittent*, variété qu'on a cru trouver dans quelques faits qui ne sont nullement concluants.

Suivant quelques auteurs, comme Dobton et Osterdyk (1), cités par M. Contour, la *durée* de la maladie serait parfois de quelques semaines, ou même de quelques jours ; mais on a pensé, et très probablement avec raison, que dans les cas rapportés par ces auteurs le début a été fixé beaucoup trop tard, la maladie ayant été

(1) *Mém. de la Soc. de Harlem*, t. XII.

méconnue jusqu'à ce qu'elle ait donné lieu à des symptômes très graves, ou bien qu'une maladie intercurrente soit venue accélérer la terminaison fatale.

On a cité, au contraire, des cas dans lesquels le diabète aurait duré un grand nombre d'années, et même toute la vie, sans altérer notablement la santé. Une observation de Mögling (1) indique un fait de ce genre; et le même auteur cite Dodonæus et Fernel comme en ayant rapporté de semblables. Mais, en lisant cette observation, on ne peut s'empêcher d'y reconnaître l'existence d'une simple *polydipsie* qui avait commencé dès l'enfance, comme cela a lieu fréquemment dans cette maladie. Un fait plus important sous ce rapport est celui qui a été signalé par M. Bassereau à M. Contour, et dans lequel on a constaté fréquemment la présence du sucre dans les urines pendant un espace de plus de trente ans, sans que le malade ait été forcé de suspendre ses occupations habituelles. Le défaut de détails ne nous permet pas de rechercher s'il y a dans ce fait quelque circonstance qui puisse expliquer cette anomalie.

Dans presque tous les cas, la glucosurie est une affection de très longue durée; mais les termes de cette durée n'ont pas été fixés d'une manière précise. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle est très différente suivant les périodes de la maladie : la première peut être de plusieurs années; mais les deux autres, et surtout la dernière, sont beaucoup plus courtes, surtout lorsque les tubercules ont envahi les poumons.

Jusqu'à ces derniers temps, on a pu dire que le diabète était une maladie incurable, et c'était là l'opinion des médecins qui, comme Prout et Berndt, ont observé de véritables glucosuries. On a sans doute cité beaucoup de faits dans lesquels on a affirmé que le diabète a été guéri; mais il faut remarquer, avec M. Bell, que les principaux symptômes, et en particulier la présence du sucre dans l'urine, n'ont pas été constatés dans ces cas, que les malades n'ont pas été observés pendant assez longtemps, et qu'on a pris, sans aucun doute, une amélioration passagère pour une guérison. Faut-il regarder comme des cas plus concluants de terminaison heureuse ceux qui ont été cités par MM. Bourchardat et Mialhe? c'est une question sur laquelle j'aurai à revenir à propos du traitement. Je me bornerai à dire ici que ces deux observateurs n'ont pu encore suivre les cas soumis à leur traitement pendant un temps très long; que cependant le retour à la santé et la disparition du sucre des urines ont paru si complètes dans quelques uns de ces cas, qu'on peut avoir l'espoir d'une guérison radicale, et c'est ce que l'observation ultérieure nous apprendra.

§ V. — Lésions anatomiques.

Après ce que nous avons dit en exposant la théorie qui, selon nous, doit être admise parce qu'elle est appuyée sur les faits, c'est-à-dire la théorie de M. Mialhe, on comprend que l'anatomie pathologique de la glucosurie n'a plus l'importance qu'on aurait pu lui supposer, et l'inutilité des efforts faits pour découvrir dans l'état matériel des organes la cause organique de cette maladie n'a plus rien qui étonne. Dans cet état de choses, il me suffira d'énumérer rapidement les altérations pathologiques sur lesquelles on a le plus insisté avant ces dernières années.

(1) *Éphémérides des curieux de la nature*, an XI, obs. 175, p. 274.

On a dû naturellement diriger d'abord son attention sur l'état des reins, et l'on a vu ces organes le plus souvent hypertrophiés, quelquefois au contraire atrophiés; ordinairement flasques, ramollis, pâles; parfois on les a trouvés congestionnés, et cette congestion est, dans certains cas, la seule altération apparente. On a noté rarement une véritable inflammation des reins. Chez certains sujets on a rencontré dans ces organes quelques points de suppuration. Le peu d'importance de ces lésions dans la grande majorité des cas, et le peu de fréquence des altérations un peu graves signalées par quelques observateurs a dû faire élever des doutes sur leur valeur comme causes organiques de l'affection avant même qu'on sût comment le sucre se forme dans l'économie; aujourd'hui il faut nécessairement reconnaître que ces lésions sont secondaires et dues uniquement à l'excès de la sécrétion urinaire déterminé par la maladie déjà existante. On a signalé encore la dilatation et l'épaississement des uretères et de la vessie, ou bien la diminution de capacité de ce dernier organe.

L'hypertrophie, la congestion du foie, ont encore été mentionnées; mais Cullen a constaté l'absence de ces lésions dans vingt autopsies. L'acidité de la bile, indiquée par R. Willis, n'a pas été retrouvée par M. Contour, pas plus que l'acidité des matières intestinales.

Sauf une dilatation de l'estomac et des intestins, due sans aucun doute à la grande quantité d'aliments ingérée pendant un temps assez long, on n'a vu, dans ces organes, rien qui mérite d'être noté, et par là se trouve repoussée l'opinion qui a voulu placer dans l'estomac le siége anatomique de la glucosurie.

On ne doit accorder aucune importance à l'accroissement de volume du grand sympathique indiqué par M. Duncan; et quant au ramollissement, à la tuméfaction des ganglions mésentériques et à l'épanchement péritonéal qu'on observe quelquefois, ce sont évidemment des lésions secondaires, ainsi que les accumulations de sérosité dans d'autres cavités, les plèvres, par exemple.

La très grande fréquence de la tuberculisation pulmonaire dans cette maladie a frappé tous les observateurs. Il ne paraît guère douteux que ce ne soit encore là une lésion consécutive; la succession des symptômes le prouve suffisamment. Mais comment concevoir cette complication si remarquable de la glucosurie par une affection pulmonaire qui se produit si souvent dans des conditions tout à fait différentes? Je pourrais donner ici une explication ingénieuse qui m'a été communiquée par M. Mialhe; mais elle est toute théorique, et en attendant qu'on nous présente des faits probants, si la chose est possible, il vaut mieux rester dans le doute.

Enfin, quelques lésions du cœur n'ont aucun rapport avec la maladie qui nous occupe; la séparation du chyle et du sang dans la sous-clavière (Marshall), et jusque dans les veines du cœur (Michaëlis), une accumulation de sérosité dans les membranes encéphalo-rachidiennes, telles sont les altérations que des recherches minutieuses ont pu faire découvrir. M. Capezzoli (*loc. cit.*) a trouvé du sucre dans le pus d'un abcès, dans la sérosité du péricarde et dans la bile. Les autres expérimentateurs n'ont pas trouvé cette substance dans d'autres liquides que l'urine et le sang, et dans ce cas c'est pendant la vie des sujets que les expériences ont été faites.

MM. Francis et Bernard ont trouvé du sucre dans les crachats des diabétiques,

et le dernier de ces expérimentateurs en a démontré la présence dans le sang, dans *le foie* et dans *les reins*.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Diagnostic. La maladie dont il est ici question ayant pour caractère essentiel la présence dans l'urine d'une substance qu'on ne rencontre dans aucun autre cas, il est évident que le diagnostic ne peut offrir aucune espèce de difficulté, dès que l'attention est dirigée sur la possibilité de la glucosurie. Les affections dans lesquelles l'excrétion de l'urine est augmentée, et qui ont pour symptôme une soif exagérée, comme la *polydipsie*, l'*anazoturie*, ont sans doute de nombreux points de ressemblance symptomatique avec la glucosurie ; mais un diagnostic différentiel entre ces maladies n'aurait d'intérêt qu'autant que le procédé pour reconnaître la présence ou l'absence du sucre demanderait une habileté, une aptitude particulières : or il ne s'agit que de mettre en usage les *procédés de M. Fromhertz* ou de M. Mialhe, ou celui de M. Maumené, ou même d'*introduire dans l'urine une petite quantité de bière* qui produit la *fermentation alcoolique*, lorsque ce liquide contient du sucre. Est-il nécessaire de chercher d'autres signes diagnostiques ? Non, sans doute, et *la quantité des urines ne fût-elle pas notablement augmentée*, ce qu'on a observé bien rarement, on ne pourrait, à l'aide de ces moyens si simples, rester un seul instant dans l'erreur.

Mais, ai-je dit, il faut que l'attention du médecin soit éveillée ; or c'est le défaut de symptômes suffisants, dans les premiers temps de la maladie, qui nuit le plus à la promptitude et à la sûreté du diagnostic. Il est une remarque très juste faite par Hufeland : ce praticien a constaté que ce n'est presque jamais le médecin qui reconnaît le premier la glucosurie dont son malade est affecté. L'état de langueur, le dépérissement, sont attribués très souvent à des maladies nerveuses ou à d'autres affections chroniques ; les malades sont traités comme des hypochondriaques, et ce n'est qu'à une époque fort avancée que ceux-ci, soit qu'ils aient été mis sur la voie par une autre personne affectée de la même maladie, soit spontanément, découvrent du sucre dans les urines, en les goûtant.

Dans les cas même où le médecin s'aperçoit le premier de l'existence de la glucosurie, il arrive très souvent qu'il a perdu un temps précieux avant d'examiner l'urine, et qu'il a dirigé contre une maladie imaginaire des moyens inutiles, sinon dangereux. C'est donc en s'attachant à reconnaître de bonne heure la maladie, et s'il se peut dès la première consultation, que les praticiens rendront les plus grands services. C'est aussi cette partie du diagnostic qui est la plus importante, et qui mérite de nous arrêter quelques instants.

Il faut d'abord dire avec Hufeland, que *le médecin doit toujours examiner attentivement les urines de tout malade qui dépérit sans qu'on en trouve une cause suffisante*. On peut même aller plus loin, et ajouter que si, malgré l'existence d'une cause semblable, on trouve quelque chose d'insolite dans la marche de la maladie, l'examen doit être également fait. Il ne peut, en effet, résulter rien de fâcheux d'un pareil examen, et la chose est si facile, si promptement exécutée, qu'il n'y aura jamais à se repentir d'une recherche inutile. J'insiste sur ce précepte, parce qu'il est capital ; quand on en aura bien compris toute la portée, on

sera bien moins exposé à se tromper et à voir des malades venir avec une affection méconnue pendant des mois et même des années.

On pourra, il est vrai, se demander si, dès le début, la présence du sucre dans les urines est un caractère constant et facile à constater. Ce que nous avons vu dans les récidives, où les urines sucrées ont coïncidé immédiatement avec le retour des autres symptômes, permet de croire qu'il en est ainsi au début même de l'affection, et le procédé indiqué plus haut permet de constater une quantité minime de sucre dans l'urine.

En supposant qu'on ait besoin de quelque signe pour être déterminé à l'examen du liquide urinaire, on en trouve plusieurs dans les circonstances suivantes : 1° Une soif inusitée; la sécheresse de la bouche, l'acidité de la salive, la carie des dents. 2° L'augmentation de l'appétit, qui cependant n'est pas constante, mais qui, lorsqu'elle existe, est bien digne de remarque; car quelle est l'autre maladie chronique avec dépérissement qui présente un pareil symptôme? 3° La sécheresse de la peau ; ce symptôme est si remarquable qu'il frappe non seulement le malade, mais encore parfois ses amis. Des personnes étrangères à l'art ont reconnu une amélioration marquée dans l'état des glucosuriques au simple contact de la main, tant cette partie, comme les autres, est sèche, à quelque température qu'elle soit. Quant aux malades, tous les praticiens qui ont eu à soigner des glucosuriques savent qu'ordinairement ils ont recours d'eux-mêmes aux frictions, aux vêtements chauds, en un mot à tous les moyens vulgaires de ramener la transpiration supprimée. 4° L'augmentation de la quantité des urines, et un besoin fréquent de les rendre : c'est encore là un symptôme qui peut manquer, mais dont la valeur n'est pas moins fort grande. 5° Le dépôt gommeux qui reste sur la chemise, et qui la rend comme empesée : c'est quelquefois en goûtant les taches qui en résultent que les malades ont reconnu la présence du sucre dans leurs urines. 6° La diminution ou l'anéantissement des facultés viriles : on a vu, dans la description des symptômes, combien celui-ci est important. 7° L'affaiblissement de la vue, qui n'a pas une importance moins grande.

Il n'est même pas nécessaire de l'ensemble de ces symptômes pour faire supposer une glucosurie, et un petit nombre d'entre eux chez un sujet pâli, affaibli, émacié, frapperont immédiatement le praticien prévenu. L'examen de l'urine à l'aide de l'alcali lèvera ensuite très promptement tous les doutes qui pourraient rester encore.

Pronostic. Il est difficile, dans l'état actuel de la science, de présenter le pronostic de la maladie. Si l'on ne considérait que les faits publiés avant ces dernières années, on devrait nécessairement porter un pronostic des plus graves, puisque tout ce qu'on a pu obtenir, dans les cas de véritable glucosurie, c'est une amélioration plus ou moins passagère. Si, au contraire, on n'avait égard qu'aux faits rapportés par M. Bouchardat et surtout par M. Mialhe, et si l'on avait des raisons suffisantes pour ne conserver aucune crainte sur l'avenir des malades traités par ces observateurs, on devrait regarder la glucosurie comme une affection dont il très facile de triompher. Mais il faut qu'un plus long temps soit venu démontrer la solidité de la plupart des guérisons qu'ils ont publiées, et en attendant voici ce que l'on peut dire : L'affection, livrée à elle-même, est nécessairement mortelle; traitée par les moyens mis en usage avant ces dernières années,

elle n'a pas été radicalement guérie ; *il y a lieu de croire* que sous l'influence du traitement proposé par M. Bouchardat et de celui que conseille M. Mialhe, on a obtenu quelques guérisons réelles, et d'*espérer* que les exemples de guérison se multiplicront rapidement. Je renvoie à l'article suivant pour développer ces propositions et faire disparaître ce qu'elles peuvent avoir de singulier.

§ VII. — Traitement.

Les diverses théories du diabète admises par les auteurs ont tour à tour dirigé les médecins dans le traitement de cette maladie. Ayant adopté celle de M. Mialhe, parce qu'elle me paraît solidement établie sur les faits, je ne puis pas attacher une importance majeure aux divers traitements qui ne se rattachent pas à cette manière de voir, et pour deux motifs : le premier est que si les moyens proposés ne tendent nullement à ramener à l'état normal les humeurs viciées, on ne peut pas en attendre des effets durables ; et le second, qui a une plus grande valeur pour le praticien, puisqu'il est fondé sur l'expérience, c'est que les remèdes qui n'ont pas, soit directement, soit indirectement, atteint le but que je viens d'indiquer, ont eu une efficacité sinon nulle, du moins très hypothétique dans les cas où on les a mis en œuvre, et cela non seulement comme moyens curatifs, mais encore comme moyens palliatifs. Je ne crois pas néanmoins devoir passer entièrement sous silence la longue série de remèdes proposés par les divers auteurs ; il faut qu'on sache ce qui a été fait et le résultat qu'on en a obtenu, pour bien apprécier la valeur de ce que je proposerai de faire. Mais les raisons que je viens de donner m'autorisent, je pense, à être bref dans cette exposition.

Jusqu'à l'époque où l'on a séparé nettement la glucosurie des autres espèces de diabète, on a fréquemment confondu, dans l'étude du traitement, les diverses affections qui consistent dans une excrétion surabondante d'urine ; c'est encore là une cause d'erreurs qui doit nous rendre très réservé dans l'appréciation des résultats thérapeutiques publiés avant qu'on ait senti la nécessité de considérer tout à fait à part la maladie dont le caractère essentiel est la présence du sucre dans les urines, et c'est ce que le praticien ne doit jamais oublier. Enfin remarquons qu'un assez bon nombre d'observateurs ont négligé de constater d'une manière précise l'état des urines après les guérisons apparentes qu'ils disent avoir obtenues, et nous comprendrons combien est difficile le jugement en pareille matière.

Émissions sanguines. Un grand nombre d'auteurs, parmi lesquels on remarque Aétius, Borsieri, Hufeland, Rollo, etc., ont recommandé d'avoir recours aux émissions sanguines au début de la maladie, et de les pratiquer avec modération. D'autres, au contraire, comme Watt et le docteur Carbutt (1), veulent qu'on saigne à toutes les époques de la maladie. Le dernier de ces deux auteurs conseille la saignée *générale*, les *sangsues* à l'épigastre, les *ventouses scarifiées* aux lombes. Ce sont de fausses idées sur la nature de la maladie, qui ont engagé à mettre en œuvre ces moyens dont l'efficacité est plus que contestable. On n'admet plus aujourd'hui l'existence d'une inflammation de l'estomac et des intestins, et les émissions sanguines sont généralement abandonnées. Il faudrait des circonstances toutes particulières, comme une complication inflammatoire, pour qu'on y eût recours.

(1) Voy. Pabst, *All. med. Zeit.*, 1836.

Antispasmodiques. On a attribué une assez grande efficacité aux antispasmodiques; cependant il est remarquable qu'on ne les a jamais employés seuls, et qu'on les a toujours associés avec d'autres remèdes dont l'effet est plus généralement admis, ce qui doit nous inspirer des doutes sur leur utilité. Shee (1), les docteurs Dzondi (2) et Richter (3) recommandent le *camphre*, que ce dernier donne à la dose de 50 *à* 60 *centigrammes*. L'*assa fœtida* est conseillée par P. Frank et par Hufeland (4), la *valériane* par Richter; en un mot, on a passé en revue les divers antispasmodiques. Tout ce que nous devons dire à ce sujet, c'est que si ces médicaments ont l'avantage de calmer quelques symptômes, on ne peut les regarder comme des moyens curatifs, et l'on doit les placer tout au plus parmi les adjuvants.

Narcotiques. Parmi les narcotiques, l'*opium* a été presque exclusivement conseillé. Ce médicament a joui d'une très grande faveur, et beaucoup de médecins le regardent encore comme très utile. Déjà Aétius le recommandait, et Willis lui accordait une très grande confiance. Il serait trop long d'indiquer tous les auteurs qui ont vanté les bons effets de ce remède. Disons seulement que Moncy (5) veut qu'on élève progressivement la dose de l'opium jusqu'à 1 gramme 20 centigrammes par jour. Cette dose paraîtra énorme, et cependant elle a été de beaucoup dépassée, puisque Tommasini a été jusqu'à prescrire 3 grammes d'opium dans les vingt-quatre heures. Ce serait au médecin qui voudrait employer ce moyen à juger, en graduant prudemment les doses, jusqu'où il peut les élever. Ce qu'il faut constater ici, c'est que, de l'avis de tous les médecins qui ont une grande confiance dans l'opium, il faut donner des quantités considérables de cette substance, et ne pas craindre de produire le narcotisme et même une intoxication assez marquée (Dzondi).

Si maintenant nous examinons les faits, nous voyons que, très fréquemment, l'opium a diminué la soif et l'appétit, et, par suite, l'abondance de la sécrétion urinaire; que, sous son influence, on a vu des malades recouvrer en partie leurs forces, et que, par conséquent ce remède n'est pas sans utilité; mais si l'on examine attentivement les cas de guérison rapportés par les auteurs, on voit qu'il s'agit d'une simple *polyurie*, ou qu'il n'y a eu qu'amélioration passagère, et l'efficacité de l'opium devient très contestable sous ce rapport.

D'autres narcotiques, comme la *belladone* (Hufeland), la *jusquiame*, etc., ont été administrés, mais on ne leur accorde généralement pas une grande confiance. Quant à l'*acétate de morphine*, conseillé par les docteurs Berndt (6) et Ronander (7), il n'a évidemment pas d'autre action que celle de l'opium lui-même.

Astringents. Les astringents, vantés par les uns, ont été regardés par les autres comme n'ayant aucun effet utile. Brisbane et Osterdyck sont de cette dernière opinion. Parmi les astringents mis en usage, il n'en est aucun qui ait une plus grande réputation que la *gomme kino*; beaucoup d'auteurs l'ont recommandée, et M. Sandras l'a administrée à la dose de 1 *gramme* 25 *centigrammes* pendant un mois.

(1) *Duncan's Annal. of med.*, 1706.
(2) *De similitudine ad. illust. diabetis nat.*, etc.; Halæ, 1830.
(3) *Spec. ther.*
(4) *Manuel de médecine pratique.*
(5) *Med. chir. Transactions of London*, 1814, t. V. p. 236.
(6) *Klinisch. Mittheilungen*; Greifswalde, 1834.
(7) *Ars beraett.*, etc.; Stockholm, 1831.

Les autres astringents sont : la *noix de galle*, *l'écorce de chêne*, le *cachou*, le *tannin*, *l'acétate de plomb*, etc. Les astringents sont des médicaments qui ne doivent pas être complétement rejetés du traitement de la glucosurie : ils peuvent, en effet, avoir pour résultat de modérer un peu la sécrétion urinaire dans les cas où elle dépasse toutes les bornes ; mais il ne faudrait pas plus compter sur eux que sur les moyens précédemment indiqués pour guérir radicalement l'affection.

Toniques. Ce que je viens de dire des astringents s'applique entièrement aux toniques ; qu'il me suffise, par conséquent, de citer le *quinquina* et le *simarouba* parmi les toniques principalement administrés, laissant au lecteur le soin d'apprécier l'opportunité de leur administration, que l'extrême faiblesse des malades, dans la plupart des cas, semble parfaitement autoriser.

Ferrugineux. Les ferrugineux ont été principalement recommandés par Marshall, Peacock, Venable, etc. La grande pâleur des individus affectés de glucosurie, ayant fait supposer que leur sang était très appauvri, a engagé à administrer le fer, qui peut avoir quelques avantages comme tonique.

M. Rostan (1) a obtenu une guérison complète chez un sujet dont la constitution était déjà très altérée, en lui donnant *l'iodure de fer* à la dose de 1 gramme à 1,25 grammes en pilules, dans la journée. En même temps on tenait le malade au régime animal et tonique ; mais ce n'est pas à ce régime qu'on doit rapporter la guérison, puisqu'il était suivi depuis deux mois sans amélioration quand on commença l'administration de l'iodure de fer. Ce médicament doit donc être recommandé.

Vomitifs; purgatifs. Je dirai très peu de chose des vomitifs et des purgatifs, quoique des auteurs très recommandables, comme Hildenbrand, les docteurs Richter, Berndt, etc., en aient conseillé l'usage. Ces moyens peuvent être de quelque utilité, mais uniquement pour combattre certains symptômes, et non pour procurer la guérison complète de l'affection. C'est ainsi que le *tartre stibié*, *l'ipécacuanha*, pourraient être administrés aux doses ordinaires pour aider l'estomac à se débarrasser de l'énorme quantité d'aliments que prennent souvent les diabétiques, et qu'ils ne peuvent pas digérer. C'est ainsi également que les purgatifs ordinaires serviront à vaincre la constipation, symptôme habituel de l'affection, surtout au début. Mais ces traitements palliatifs ne triompheront pas véritablement par eux-mêmes de ces symptômes incommodes, et tant qu'on n'aura pas recours au traitement radical, on pourra espérer de suppléer momentanément à l'intégrité des fonctions, mais non à la rétablir complétement.

Je vais maintenant donner l'énumération rapide d'un certain nombre de remèdes variés qui ont été préconisés par les nombreux auteurs qui se sont occupés de cette grave maladie.

Acides. D'après la théorie que nous avons adoptée, on comprend difficilement qu'on ait administré les acides dans le diabète sucré ; c'est cependant ce qui a eu lieu, et nous voyons Venable recommander *l'acide phosphorique* ; Brera, *l'acide nitrique* mêlé à *l'éther* ; Fraser et Pitschaft, *l'acide sulfurique* ; et enfin le docteur Copland, *l'acide hydrochlorique*. Je me contente de cette indication, attendu que les faits invoqués par ces auteurs sont bien loin d'être concluants, ainsi que l'a

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, novembre 1842.

déjà fait remarquer le docteur Naumann, et que, d'après tout ce que nous avons dit sur les causes et la nature de la glucosurie, loin de conseiller les acides, on doit les proscrire sévèrement.

Moyens divers. M. le docteur Berndt (1) prescrit les pilules suivantes :

℞ Acétate de morphine....	0,15 gram.	Extrait de fiel de bœuf......	4 gram.
Sulfate de cuivre ammon.	0,30 gram.	Poudre de quassia amara ...	4 gram.

F. s. a. des pilules de 0,10 grammes. Dose : 5 matin et soir.

Je n'ai pas pu étudier les faits dans lesquels ces pilules ont été administrées, et je me borne par conséquent à signaler ce moyen à l'expérimentation.

Je me borne à mentionner la *créosote*, que l'auteur que je viens de citer a administrée à la dose de 8 gouttes par jour ; la *térébenthine*, prescrite par Schoenlein ; le *fiel de bœuf*, que recommande Hufeland ; les *mercuriaux* ; le *calomel*, conseillé par Dzondi ; le *café*, le *soufre* (Christie) ; les *bains froids* (Michelotti) ; et enfin l'*urée*, qui a pu être prescrite lorsque l'on pensait que cette substance avait disparu de l'urine des glucosuriques, ou qu'elle avait été convertie en sucre, mais qu'on ne saurait plus administrer, aujourd'hui qu'on sait que cette opinion n'est nullement fondée.

Remèdes externes. Les moyens de ce genre ne peuvent encore être que des adjuvants. Les *frictions sèches* ou *aromatiques*, conseillées par les anciens ; celles de Naumann, dans lesquelles entrent le *baume du Pérou*, l'*ammoniaque*, la *teinture de cantharides* ; celles qu'on fait avec la *pommade d'Autenrieth* ; les *vésicatoires*, les *sinapismes*, tous ces moyens ont pour but d'exciter la peau, qui, ainsi que nous l'avons vu dans la description des symptômes, a cessé ses fonctions. Mais tant qu'on ne modifie pas l'état général des glucosuriques, on ne peut pas espérer que ces excitants soient suffisants, et, dans tous les cas, ils peuvent être utilement remplacés par les sudorifiques, ainsi que nous le verrons plus loin. Quant aux *moxas*, qu'on a également conseillés, rien ne prouve qu'ils aient la moindre utilité.

Les frictions faites avec l'*huile*, le *lard* (Nicolas et Gueudeville), sont destinées à compléter le *traitement par le régime azoté* ; nous en reparlerons à l'occasion de ce traitement. Je réserve également, pour en parler un peu plus loin, l'emploi des diverses espèces de *bains*.

Séjour dans les climats chauds. M. le docteur Reith Imray (2) a cité six cas de diabète qui avaient résisté à plusieurs traitements et qui ont été heureusement influencés par un *séjour prolongé dans les climats chauds*. Notons toutefois qu'il n'avait pas employé le traitement par les alcalins. On peut néanmoins conclure de ces faits, que le séjour dans un climat chaud est un adjuvant très utile dans le traitement de cette affection, ce qu'on pouvait d'ailleurs prévoir *à priori*, en se rappelant ce que nous avons dit à propos de l'absence complète des sueurs chez les diabétiques.

Sudorifiques. Nous avons vu que MM. Bouchardat et Mialhe ont beaucoup insisté sur la suppression de la transpiration cutanée. Il ne faut pas croire pour cela que ce phénomène ait échappé aux observateurs qui les ont précédés. Hufe-

(1) Voy. *Bull. gén. de thér.*, 15 septembre 1849, t. XXXVII, p. 220.
(2) *The Edinburgh med. and surg. Journ.*, janv. 1846.

land, en particulier, attache une telle importance à cette suppression de la transpiration, qu'il dit (1) : « Parmi les causes éloignées, la plus importante est la *suppression chronique de la sécrétion cutanée.* » Aussi, depuis très longtemps, a-t-on conseillé les sudorifiques, qui sont une partie essentielle de la médication recommandée par M. Mialhe.

De tous les moyens propres à exciter et à rétablir la sécrétion cutanée, il n'en est aucun qui ait été plus vivement préconisé et plus anciennement employé que les *bains de vapeur*. Arétée, Paul d'Égine, Aétius en faisaient usage, et ils ont eu de nombreux imitateurs. Récemment M. Mialhe en a signalé les grands avantages, et nous verrons plus loin que, dans un cas rapporté par lui et par M. Contour, il n'a fallu que *six bains de vapeur*, concurremment avec les remèdes internes, pour rétablir la transpiration. Ce moyen ne saurait être trop recommandé.

Les *bains chauds* d'eau simple ont quelquefois suffi pour remplir ce but, sinon d'une manière définitive, du moins pendant un certain temps. Le docteur Marsh (2) y joint l'emploi de l'*opium*, qui agit sur la peau en même temps qu'il exerce l'action indiquée plus haut.

La *poudre de Dower* est administrée dans le même but; mais, suivant le docteur Carter (3), il faut en continuer longtemps l'usage, si l'on veut en obtenir des effets durables. On doit commencer à en donner 2 décigrammes, et augmenter lentement la dose jusqu'à 5 ou 6 décigrammes par jour, qu'on continuera ensuite.

Les *ammoniacaux* ont été mis en usage, surtout depuis Rollo, qui employait l'*hydrosulfate d'ammoniaque* à la dose de 25 à 50 centigrammes, trois fois par jour. Hufeland a adopté cette manière d'administrer ce médicament. Le docteur Albers a rapporté un cas où l'*ammonium sulphuratum*, donné chaque jour à la dose de *trois ou quatre gouttes seulement* dans un demi-litre d'eau, aurait eu les plus heureux résultats. D'autres médecins ont donné l'*ammoniaque liquide* à la dose de six à sept gouttes dans un verre de liquide sucré, deux ou trois fois par jour, et quelques autres médicaments ammoniacaux qu'il serait trop long d'énumérer.

C'est comme sudorifiques que les préparations ammoniacales ont été principalement administrées; mais l'ammoniaque entre aussi dans la médication alcaline, et ce que je dirai plus loin de cette médication s'appliquera en partie à son emploi. Si maintenant nous examinons d'une manière générale le traitement par les diaphorétiques, nous voyons que le grand nombre de faits cités en sa faveur, quoique n'étant pas hors de toute contestation, prouve du moins que le rétablissement de la transpiration cutanée est une des principales indications, et que si l'on n'en a pas obtenu des effets plus grands, c'est que, dans le traitement de la glucosurie, il faut une combinaison de moyens internes et externes qui, séparés, seraient insuffisants.

Alcalins. Les rapports acides, l'acidité extrême des liquides contenus dans l'estomac, et de la salive, ont dû engager nécessairement à mettre en usage les alcalins. Aussi voyons-nous Willis, Fothergill, Fuller, etc., prescrire ces médicaments, et les recommander vivement.

(1) *Man. de méd. pratique*, trad. par A.-J.-L. Jourdan, art. *Diabète*.
(2) *Dublin hospital Reports*, t. III.
(3) *London medical Reposit.*, nov. 1823.

L'eau de chaux était employée par Willis et Fothergill. On la prescrit à la dose de 20 à 30 grammes, deux ou trois fois par jour, pure ou dans du lait. Fuller avait adopté la formule suivante :

℞ Racine de salsepareille....	180 gram.	Eau de fontaine.......	6000 gram.
Raisins de Corinthe coupés	240 gram.		

Faites bouillir jusqu'à réduction de moitié. A la colature, éteignez dans cette décoction :

Chaux vive.................................... 500 gram.

Dose : 90 grammes, trois fois par jour.

On verra plus loin qu'on a prescrit l'eau de chaux à des doses bien plus considérables.

Traller (1) a conseillé la *magnésie calcinée* à la dose de 6 *grammes*, et il affirme avoir obtenu deux guérisons complètes qui n'ont exigé qu'un traitement de huit à quinze jours. Devons-nous regarder le fait comme parfaitement démontré? Non sans doute, parce que cet auteur ne fournit pas des détails suffisants ; mais nous verrons plus loin que la chose n'est pas impossible, car les alcalins peuvent agir en très peu de temps. Hufeland a recommandé le même médicament.

Ce dernier auteur s'exprime ainsi qu'il suit au sujet d'autres substances alcalines (2) : « J'ai guéri, dit-il, le diabète, suite d'obstruction du foie, par l'usage des *eaux alcalines de Carlsbad*, de la *soude*, avec des extraits amers. » Lorsque j'exposerai le traitement conseillé par M. Mialhe, et que j'indiquerai les faits qui en prouvent l'efficacité, on verra quelle place importante tiennent les alcalins dans le traitement de la glucosurie ; c'est ce qui m'empêche de m'étendre davantage ici sur ce point, et de parler de *l'eau de Vichy* et du *bicarbonate de soude*.

M. Bouchardat (3) s'exprime ainsi au sujet des alcalins : « J'ai vu très souvent employer les bicarbonates alcalins ; mais aucun succès constaté n'est venu me démontrer l'efficacité de cette classe d'agents. » Il est probable que, dans les essais tentés sous les yeux de cet habile observateur, on n'a agi ni avec assez de hardiesse ni avec assez de persévérance, et, dans tous les cas, il serait indispensable, pour apprécier les faits à leur juste valeur, d'avoir des détails qui nous manquent entièrement. Cette objection n'est par conséquent pas de nature à infirmer les faits positifs que je signalerai tout à l'heure.

Régime. L'influence capitale accordée jusqu'à ces derniers temps à l'alimentation comme cause productrice de la maladie a dû nécessairement faire du régime un des points les plus importants du traitement de la glucosurie. Je me contenterai d'indiquer le régime conseillé par Celse, qui se borne à prescrire des *boissons et des aliments astringents*, et rentre par conséquent dans une des médications précédentes. Je n'insisterai pas davantage sur ceux que recommandent Arétée, qui veut qu'on se soumette à la diète lactée et *féculente*, et Aétius, qui conseille le *régime végétal*, parce que ces moyens ont été abandonnés après avoir été bien souvent mis inutilement en usage.

Régime azoté. Sydenham avait signalé les avantages qu'on pouvait retirer d'un régime presque entièrement animal ; mais Rollo insiste bien plus encore sur ce

(1) *The New-Engl. Journ.*, etc., 1824.
(2) HUFELAND, *Manuel de médecine pratique*, art. *Diabète*.
(3) *Annuaire de thérapeutique*, 1841, p. 240.

moyen, et entre là-dessus, ainsi que sur les autres parties du traitement, dans des détails que je crois devoir consigner ici, en les empruntant à M. Bouchardat (1).

TRAITEMENT DE ROLLO.

« *A déjeuner*, un litre et demi de lait et un demi-litre d'eau de chaux, mêlés ensemble; du pain et du beurre.

» *A dîner*, des boudins composés de sang et de graisse; l'usage modéré des *viandes faisandées*, et des graisses *aussi rances que l'estomac pourra les supporter*, telles que celles de porc, etc.

» *A souper*, les mêmes substances qu'à déjeuner. Pour boisson journalière, *du milligrammes de sulfure d'ammoniaque dans un décilitre d'eau*. On fera au malade des *frictions* tous les matins *avec du lard*, et on lui appliquera une flanelle sur la peau. On ne lui permettra que de *très légers exercices*. On lui fera prendre, à l'heure du sommeil, vingt gouttes de *vin antimonial tartarisé* et *vingt-cinq gouttes de teinture d'opium ; on augmentera graduellement ces doses*.

» On appliquera sur chaque région rénale *un vésicatoire d'un centimètre de diamètre*, et on l'entretiendra avec soin. On conservera la liberté du ventre avec *une pilule composée de parties égales d'aloès et de savon*.

» Dès le second jour de ce traitement, dit Rollo, l'urine se rapproche de l'urine naturelle. »

Dans ce traitement de Rollo, dont le régime est la base, nous trouvons à peu près tous les genres de médicaments qui ont été conseillés, sauf les alcalins à dose élevée, qui, d'après les expériences récentes, sont, de tous les moyens dirigés contre la glucosurie, les plus efficaces et les plus indispensables. Aussi les modifications de l'urine observées par Rollo et les cas d'amélioration plus ou moins grande qu'il a recueillis ne doivent-ils pas nous convaincre de l'efficacité de cette médication, qui ne pourrait être admise exclusivement qu'autant qu'on aurait rapporté des faits bien concluants.

Nicolas et Gueudeville, et plus tard Dupuytren et M. Thenard, adoptant pleinement les idées de Rollo sur l'influence du régime, ont demandé presque uniquement leurs moyens de guérison à l'alimentation, et c'est en supprimant les végétaux et en donnant presque exclusivement du lard, des boudins, du bouillon gras qu'ils ont traité leurs malades. Ce qui a dirigé les médecins dans cette thérapeutique, c'est la conviction où ils étaient que l'urée manquait chez les glucosuriques, et que de cette absence de l'urée dépendaient tous les phénomènes morbides. Or aujourd'hui nous savons que cette opinion était fondée sur des expériences incomplètes, et de plus des renseignements exacts nous ont appris que les guérisons qu'ils croyaient avoir obtenues n'étaient que de simples améliorations, qui n'ont pas empêché la maladie d'avoir une terminaison fatale.

M. Bouchardat, ayant constaté que le diabète était la conséquence de la transformation de la fécule contenue dans les aliments en matière sucrée, dut nécessairement chercher dans le régime le principal agent thérapeutique contre cette maladie; mais comme, d'un autre côté, l'acidité des voies digestives résultant de la suppression de la transpiration lui paraissait une condition essentielle de la saccha-

(1) *Loc. cit.*, p. 231.

rification, il a également insisté sur la nécessité de mettre en usage les sudorifiques, déjà tant vantés. Pour remplir la première indication, il a fait confectionner un *pain de gluten* qui ne contient qu'une très petite quantité de fécule due à l'addition d'un cinquième de farine, toujours nécessaire. Voici maintenant son traitement complet :

TRAITEMENT DE M. BOUCHARDAT.

1° Pour *régime*, remplacer le pain ordinaire par le *pain de gluten ;* s'abstenir de végétaux féculents (pommes de terre, haricots, etc.) ; pour tout le reste, régime ordinaire.

2° Porter un *habillement complet de bonne flanelle ;* éviter soigneusement le froid, qui pourrait arrêter la transpiration.

3° Prendre chaque jour la potion suivante :

Carbonate d'ammoniaque..	1 gram.	Sirop de sucre...........	20 gram.
Rhum.................	10 gram.	Eau....................	100 gram.

Mêlez. A prendre par cuillerées.

On peut augmenter graduellement la dose du *carbonate d'ammoniaque*, et la porter jusqu'à 2, 4, et même 6 grammes par jour.

4° Le soir, prendre le bol suivant :

℞ Thériaque...........	2 gram.	Extrait d'opium......	0,025 gram.

C'est à l'aide de ces moyens fort simples que M. Bouchardat a soigné quatre malades dont il rapporte l'histoire (1). Dans deux de ces cas, les urines sont revenues à leur état normal en très peu de temps, et, quoique chacun des deux sujets ait eu une rechute, la maladie n'a guère duré plus de deux mois dans le cas où elle s'est prolongée le plus longtemps. Toutefois je ne donne cette durée que comme probable, parce que celle de la rechute n'est pas précisée. Dans les deux autres cas, il n'y eut qu'amélioration passagère, et l'urine ne cessa pas de contenir du sucre.

Ce qui frappe dans le traitement des deux cas qui ont cessé de présenter des urines sucrées, c'est la coïncidence de l'amélioration avec l'élévation de la dose du carbonate d'ammoniaque, qui n'a été donné que comme sudorifique, mais qui a dû nécessairement agir en alcalinisant les humeurs. A cela on objectera peut-être que, chez les deux sujets qui n'ont pas cessé d'avoir les urines sucrées, le carbonate d'ammoniaque a été donné, et même à dose plus élevée ; mais ces deux sujets étaient, ainsi que le fait remarquer M. Bouchardat, fort indociles ; ils ne prenaient peut-être pas les médicaments qu'on leur donnait, pas plus qu'ils ne se soumettaient au régime prescrit. Ces deux malades ne pouvaient donc pas servir à une bonne expérimentation.

Mais, en supposant même que les principaux moyens employés n'ont eu d'autres résultats que de rétablir la transpiration cutanée, on ne trouvera là rien de contraire à la théorie que nous avons adoptée, puisque ce rétablissement de la transpiration a dû nécessairement rendre le sang plus alcalin, ce qui est indispensable pour la guérison ; et si l'on trouvait un moyen qui rendît cette alcalinisation plus

(1) *Annuaire de thérapeutique*, 1842, art. *Glucosurie*.

prompte et plus sûre, il faudrait se garder de le rejeter, par la raison qu'un certain nombre de sujets ont guéri sans qu'on en fît usage. Or c'est là ce que nous allons trouver tout à l'heure dans le traitement proposé par M. Mialhe.

Quant au pain de gluten, on ne doit pas attacher une importance majeure à sa administration ; car il est évident que ce n'est pas la saccharification de la fécule qui constitue la maladie elle-même, mais bien la tendance qu'a le sucre à passer dans les urines sans être altéré, et qui existe, quoiqu'on n'introduise pas de matières féculentes dans l'économie. Toutefois, comme dans ces circonstances le sucre peut être considéré comme un véritable corps étranger, puisqu'il n'est pas assimilé, il pourrait y avoir un grand avantage à mettre en usage le pain de gluten, qui ne contient qu'une très petite portion de fécule, si ce pain, extrêmement compacte, ne dégoûtait promptement les malades. Or c'est malheureusement ce qui arrive, ainsi que l'a constaté M. Martin-Solon ; et comme, d'un autre côté, l'usage des alcalins et des sudorifiques, administrés de la manière que nous allons indiquer, a des effets puissants, quoiqu'on ne supprime pas complétement les aliments féculents, il sera toujours mieux d'en permettre aux malades une quantité suffisante, pour que leur régime ne se trouve pas complétement changé.

M. Palmer (de Birmingham) a fait fabriquer des pains non féculents moins désagréables que le pain de gluten de M. Bouchardat, et qui peuvent être très utiles dans l'alimentation des diabétiques. J'emprunte la description de ce pain au compte rendu du *Bulletin général de thérapeutique* (1) :

« Il y a quelque temps, M. Palmer (de Birmingham) avait fait fabriquer des pains qui contenaient une très grande quantité de son, substance alimentaire, ainsi que l'ont prouvé les recherches récentes de M. Millon. Ce pain avait l'inconvénient d'être difficile à avaler. M. Palmer a eu l'heureuse idée de remplacer le son par le résidu que fournissent les pommes de terre râpées après qu'on a séparé toute la fécule. Voici comment on prépare ces pains : On prend seize livres de matière ligneuse des pommes de terre, parfaitement débarrassée de la fécule ; trois quarts de livre de graisse de mouton ; demi-livre de beurre frais ; douze œufs ; demi-once de carbonate de soude, et deux onces d'acide hydrochlorique étendu d'eau. (Le carbonate de soude et l'acide hydrochlorique ont pour but de donner à ce pain de la légèreté et du poreux). On fait de cette masse huit gâteaux que l'on soumet à un feu vif, dans un four, jusqu'à ce qu'ils aient pris une belle couleur brune. Ces gâteaux ont un goût un peu meilleur lorsqu'on les fait légèrement rôtir. M. Palmer avait d'abord ajouté un peu de gomme arabique ; mais elle rendait le pain si tenace, qu'on a été obligé d'y renoncer. Depuis quelque temps, il additionne son mélange d'un peu de son en poudre.

» Ce pain, d'une nature particulière, a été essayé par plusieurs médecins de Birmingham, MM. Percy, Johnstone..., etc., qui lui ont reconnu des avantages, et qui ne se sont pas aperçus que son emploi ait eu l'inconvénient d'augmenter la proportion de matière sucrée dans les urines. »

Il est presque inutile de dire que les deux indications capitales du traitement proposé par M. Mialhe sont : 1° d'introduire dans la masse des humeurs une quantité de matière alcaline suffisante pour la transformation du sucre de fécule

(1) *The Lancet*, et *Bull. gén. de thér.*, 15 mai 1849, t. XXXVI, p. 426.

en matière désoxygénante, et 2° de faire sortir, en rétablissant la sécrétion cutanée, les acides qui diminuent l'alcalinité du sang. Pour arriver à ce but, voici les moyens qu'il propose :

TRAITEMENT DE M. MIALHE.

1° Les féculents ne doivent pas être entièrement proscrits du régime ; néanmoins, pour les raisons données plus haut, il sera bon d'*en réduire la quantité de moitié ou au moins du tiers*, ce qui ne sera pas une très grande privation pour le malade. Ainsi, il ne faudra défendre ni le pain ni les légumes secs, ni les pommes de terre, etc., dont l'abus seul aurait des inconvénients. Du reste, le régime sera varié comme à l'ordinaire.

2° On commencera par prescrire au malade 6 *grammes de bicarbonate de soude*, à prendre en trois fois, le matin, vers le milieu de la journée et le soir, dans un verre d'eau, dans un verre de tisane, ou dans une tasse de bouillon. Au bout de deux ou trois jours, *on augmentera chaque dose d'un gramme*, et lorsqu'on sera parvenu à faire prendre de 12 à 18 grammes de bicarbonate de soude chaque jour, on continuera cette dose. L'*eau de Vichy* sera en même temps administrée aux repas, mêlée avec du vin.

On peut encore prescrire le *lait de magnésie* suivant la formule donnée par M. Mialhe (1).

℞ Magnésie calcinée officinale.	100 gram.	Eau de fleur d'oranger....	100 gram.
Eau pure...............	800 gram.		

Broyez la magnésie avec l'eau, et portez ensuite le mélange à l'ébullition, en agitant sans cesse avec une spatule d'argent. Passez et ajoutez l'eau aromatique. Dose : une cuillerée à bouche tous les matins.

Enfin, on peut employer l'*eau de chaux* à la dose de deux à trois litres par jour.

Quoique ces divers alcalins puissent suffire, car ce qu'il importe c'est de faire parvenir une quantité suffisante d'alcali dans le sang, c'est le bicarbonate de soude et l'usage de l'eau de Vichy aux repas qui ont été jusqu'ici employés avec le plus d'avantage (2).

Il faudrait prendre garde de donner le lait de magnésie à une dose plus élevée que celle qui a été indiquée plus haut, parce que les acides abondants qui se trouvent dans le tube digestif des diabétiques changeant la magnésie en sel, il en résulte très facilement chez ces sujets une purgation assez considérable pour les affaiblir.

3° Pour ramener la transpiration, on mettra en usage les *bains de vapeur* donnés deux et même trois fois la semaine. Si l'on en juge par quelques faits observés avec soin, et dont je dirai un mot tout à l'heure, il ne faut qu'un petit nombre de bains de vapeur pour arriver au but qu'on se propose ; cinq ou six peuvent suffire : ce qui tient sans aucun doute à ce que l'action du médicament interne ne tarde pas à se faire sentir.

Le malade devra *se couvrir le corps de flanelle*, ainsi que le recommandent la plupart des auteurs. Enfin, il devra tous les jours faire un *assez grand exercice*, contrairement à la manière de voir de Rollo.

(1) *Art de formuler*, p. 122.
(2) *Du mode d'action des eaux thermales de Vichy*, par Ch. Petit ; Paris, 1850, p. 419.

Quant à l'emploi des divers *sudorifiques*, à celui de l'opium, des antispasmodiques, etc., on ne peut pas dire qu'ils soient contraires, et l'on peut même admettre que dans certains cas ils remplissent utilement quelques indications particulières; mais en général ces médicaments sont inutiles.

Tel est le traitement que la théorie a indiqué à M. Mialhe. Si maintenant nous recherchons quels ont été les résultats pratiques, nous trouvons d'abord un fait très intéressant recueilli par MM. Mialhe et Contour, et communiqué à l'Académie de médecine (1). Il s'agit, dans ce cas, d'un sujet qui, depuis dix-huit mois, avait commencé à présenter du sucre dans ses urines, et qui se trouvait, lorsqu'il fut vu par les deux auteurs que je viens de citer, dans l'état suivant : Prostration et amaigrissement extrêmes, faiblesse très grande, appétit toujours bon, digestion facile, soif des plus vives, bouche sèche, salive acide; le malade peut à peine dire quelques paroles sans être forcé de boire; il ingère cinq ou six litres d'eau par jour. Quantité de l'urine en rapport avec celle des boissons; ce liquide est très acide, presque entièrement décoloré, marque 1035 au densimètre, et contient un peu plus de 45 grammes de sucre par litre; grande constipation, force virile anéantie depuis plus d'un an, vue affaiblie au point de nécessiter l'usage des conserves. Le chlorure de sodium ayant été employé sans résultat, MM. Mialhe et Contour commencèrent l'usage du traitement qui vient d'être indiqué, et au bout d'un mois et demi environ les urines ont cessé de contenir du sucre, la soif a disparu, la salive a repris ses caractères normaux, la sécrétion cutanée s'est rétablie, la défécation se fait facilement, les facultés viriles et la vue ont repris leur intégrité.

Tel était l'état des choses lorsque MM. Mialhe et Contour ont présenté cette observation à l'Académie de médecine. Je puis y ajouter d'une manière succincte le détail de ce qui s'est passé depuis, et cette partie ne sera pas, à beaucoup près, la moins intéressante. Pendant environ dix mois, le sujet de cette observation a continué à se porter aussi bien qu'avant sa maladie, se bornant à prendre quelques grammes de bicarbonate de soude dans la journée, et à suivre un régime réglé. Au bout de ce temps, sa santé lui paraissant complétement affermie, il crut pouvoir s'affranchir de toute espèce de contrainte, et supprimer le médicament; mais douze jours s'étaient à peine écoulés, que le sucre reparut dans les urines, et que la soif recommença à se faire sentir. Il revint chez M. Mialhe, qui lui conseilla seulement de reprendre son bicarbonate de soude, et au bout de quatre ou cinq jours, la santé était complétement rétablie. Depuis, il se borne à prendre quelques doses du médicament alcalin, ne s'astreignant pas tous les jours à ce traitement, et cependant on n'observe pas le moindre signe de glucosurie, et l'urine ne contient pas un atome de sucre.

Ce fait est remarquable d'abord par la disparition si complète du sucre des urines qu'on a pu constater pendant un temps fort long, et, en second lieu, par la facilité avec laquelle quelques doses d'un médicament alcalin ont triomphé de tous les symptômes de la récidive. Toutefois la promptitude avec laquelle cette récidive s'est reproduite dès que le malade a cru pouvoir s'affranchir de tout traitement doit être soigneusement remarquée; elle prouve, en effet, que la tendance de l'organisme à contracter cette maladie sous l'influence des causes qui ont agi primitivement était

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, juillet 1844, t. IX, p. 977.

restée fort grande, et même il est permis d'admettre que, pendant tout le temps de la guérison apparente, le *sang* était tout simplement alcalinisé d'une manière artificielle par l'introduction persévérante des médicaments, et que le sujet était resté virtuellement diabétique. On ne sera sûr du contraire qu'autant qu'à une époque qu'il est impossible de prévoir, le sujet de l'observation pourra reprendre toutes ses habitudes sans voir reparaître les symptômes de la glucosurie. Néanmoins on doit regarder comme un très beau succès, de pouvoir, à l'aide de petites doses d'un remède qui n'est point essentiellement désagréable et d'un traitement qui n'est pas assujettissant, maintenir les malades dans un état on ne peut plus satisfaisant, et tel que l'examen le plus minutieux ne peut faire reconnaître chez eux aucun signe de maladie déclarée.

Le fait que je viens de rapporter succinctement et d'examiner n'est pas le seul de ce genre que je pourrais citer. M. Mialhe en a vu plusieurs autres; je me contenterai de citer le suivant, qui est bien remarquable par les effets extrêmement rapides du traitement alcalin. Le malade, qui était devenu diabétique à la suite d'un abus de boissons acidules pendant les grandes chaleurs de 1847, fut mis à l'usage des moyens suivants : 20 grammes de bicarbonate de soude, 5 grammes de magnésie calcinée, deux bouteilles et demie d'eau de Vichy dans les vingt-quatre heures. Les urines, qui contenaient 80 grammes de sucre par litre et qui avaient une densité de 1040, ne présentèrent plus, *dès le lendemain*, la moindre trace de sucre, et n'eurent plus qu'une densité de 1026. Le traitement fut continué et le diabète fut complétement guéri (1).

M. le docteur Villeneuve (2) a cité, de son côté, un cas dans lequel le traitement par les alcalins et les bains de vapeur a eu les meilleurs effets. Deux femmes diabétiques ont été, il est vrai, traitées sans succès, dans le service de M. Andral (3), par le traitement alcalin. Mais il faut remarquer que ce médecin s'est contenté de prescrire 8 grammes de bicarbonate de soude par jour, ce qui est insuffisant.

Il serait inutile de donner un résumé détaillé de ce traitement que, par ces dernières considérations, j'ai réduit à des moyens très simples. Quant aux ordonnances, les principaux traitements que j'ai donnés en détail, et surtout celui de M. Mialhe, doivent en tenir lieu.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines; antispasmodiques; narcotiques; astringents; toniques; ferrugineux; vomitifs; purgatifs; acides. *Moyens divers :* Créosote; térébenthine; fiel de bœuf; mercuriaux; café; soufre; bains froids; urée. *Moyens externes :* Frictions aromatiques; teinture de cantharides; pommade d'Autenrieth; vésicatoires; moxas; frictions graisseuses; sudorifiques; ammoniacaux; alcalins; régime azoté.

ARTICLE V.

HIPPURIE.

Dans l'article consacré au *genre diabète*, j'ai annoncé qu'après avoir parlé de

(1) *Séanc. de l'Ac. de méd.*, 25 juillet 1848, et *Bull. gén. de thérap.*, 15 mars 1849.
(2) *Journ. de méd., chir., pharm., méd. vét. de la Côte-d'Or*, n° 6, 1848.
(3) Voy. *Journ. des conn. méd.-chir.*, mars 1846, p. 94.

la *polyurie* et de la *glucosurie*, je dirais quelques mots d'une affection nouvelle décrite par M. Bouchardat (1), et à laquelle cet observateur a donné le nom d'*hippurie*. Un court résumé de l'article de M. Bouchardat suffira pour faire connaître cette affection dont nous ne connaissons encore qu'un seul exemple.

La maladie dont il s'agit est principalement caractérisée par la présence de l'acide hippurique dans les urines : de là son nom.

M. Bouchardat pense que dans le cas qu'il a observé la principale *cause* de la maladie doit être cherchée dans le régime suivi pendant plusieurs années par la malade, et qui consistait en une alimentation variée en général, mais présentant cela de remarquable, que le sujet de l'observation (une femme) a pris, mêlé à du café ou pur, du *lait tous les jours* en assez grande quantité (40 centilitres le matin et 75 centilitres le soir). Considérant que l'acide hippurique se trouve normalement chez les très jeunes enfants nourris exclusivement de lait, l'auteur signale avec soin ce rapport frappant. Toutefois il remarque que le régime ayant été complétement changé, l'acide hippurique n'a pas moins continué à se montrer dans les urines, ce qu'il attribue à une loi qu'il nomme *loi de continuité d'action*. J'indique seulement cette explication.

Les symptômes éprouvés furent les suivants : d'abord *sentiment de lassitude et de nonchalance* insolite, *suppression de sueurs* habituelles précédemment très abondantes, *suppression de démangeaisons* à la peau, qui depuis neuf ans avaient constamment incommodé la malade. Plus tard la *peau* devint aride, écailleuse : quelques *douleurs* se firent sentir dans la région du foie ; une *coloration jaune* du corps coïncida avec des *matières fécales noires*. On remarqua également la disparition d'une *pituite habituelle ;* il survint de la *sécheresse à la bouche*, surtout pendant la nuit, avec *saveur désagréable*, la *salive* étant *toujours alcaline*. L'*appétit* diminua progressivement, les *digestions* étaient quelquefois *pénibles*. La *soif* devint *ardente*, sans être comparable à celle des glucosuriques.

A l'époque où la malade fut examinée par M. Bouchardat, les *urines* étaient dans l'état suivant : *Peu colorées*, limpides, leur *saveur* était légèrement salée et leur *odeur* caractéristique : on eût pris ce liquide pour du petit-lait ou pour du bouillon léger aigri. La *densité* varia, dans cinq expériences, entre 1,008 et 1,0061 : dans deux autres, elle monta seulement à 1,0077. Elles rougissaient très faiblement le papier de tournesol. L'*analyse* chimique y fit reconnaître une diminution notable des principes fixes de l'urine, de l'*acide hippurique* dans la proportion de 2,33 sur 1,000, et de l'*albumine* dans la proportion de 1,47.

Plus tard encore, l'état des urines restant le même, la malade s'affaiblit et dépérit graduellement, ne présentant de nouveaux symptômes que de la suffocation par moments, et un œdème toujours croissant ; elle finit par succomber dans le marasme.

Ce n'est pas avec un fait qu'on peut tracer l'histoire d'une maladie ; quant à celle-ci donc, il suffit de l'avoir signalée d'une manière précise ; aussi me contenterai-je, pour terminer, de dire un mot du diagnostic et du traitement prescrit par M. Bouchardat.

L'alcalinité de la salive, la densité de l'urine qui est moindre qu'à l'état normal,

(1) *Annuaire de thérap.*, 1842, p. 285 et suiv.

feront penser qu'il ne s'agit pas d'une *glucosurie*, et la présence de l'acide hippurique dans ce liquide, ainsi que l'absence du sucre, assurera le diagnostic.

Quant au *traitement*, M. Bouchardat se borne à dire qu'il conseilla une *alimentation azotée corroborante*, et qu'il chercha à *rétablir les sueurs* et les *démangeaisons habituelles*. Cette médication n'eut, je le répète, aucun résultat avantageux.

CHAPITRE IV.

MALADIES DES URETÈRES.

Après les articles qu'on vient de lire, il me reste très peu de chose à dire des maladies des uretères, car ces conduits ont fort peu d'affections qui leur soient propres, et la plupart des lésions qu'ils peuvent présenter se trouvent nécessairement décrites en même temps que celles de certaines maladies des reins, telles que les *calculs rénaux*, les *acéphalocystes*, etc. Je ne dois, par conséquent, donner ici qu'une indication sommaire de ces affections.

1° L'*hémorrhagie des uretères* ou *urétérorrhagie* est fort rare. Dans les cas où on a pu la constater, ce n'est qu'après la mort qu'on en a reconnu le siége; pendant la vie, il est impossible de la distinguer de l'hémorrhagie rénale, à la description de laquelle je renvoie pour les symptômes.

2° L'*inflammation des uretères* résulte toujours soit de l'extension de l'inflammation de la vessie ou du rein, soit de la présence d'un corps étranger; elle ne constitue par conséquent pas une maladie qu'il importe d'étudier à part.

3° Les *calculs* une fois engagés dans l'uretère présentent quelques particularités qu'il faut mentionner. Nous avons vu que lorsqu'ils acquièrent une certaine grosseur ou offrent des aspérités, ils donnent lieu à la *colique néphrétique;* néanmoins il résulte de l'observation que ces accidents dépendent aussi du degré d'irritation que peut avoir déjà acquis l'uretère par suite de l'affection rénale. Il n'est pas rare de voir les calculs s'arrêter dans ce conduit, et même y prendre de l'accroissement; s'ils deviennent trop volumineux, ils empêchent le cours de l'urine, et de là l'*hydronéphrose*, dont j'ai donné plus haut la description. On a vu toutefois des concrétions assez volumineuses ne pas interrompre l'excrétion urinaire, ce qui tenait à ce qu'elles étaient percées d'un canal central par où s'écoulait le liquide. Quelquefois plusieurs calculs étant accumulés dans un renflement de l'uretère, l'urine peut encore filtrer dans leurs interstices.

Le *diagnostic* des calculs fixés dans l'uretère est extrêmement difficile lorsque la douleur néphrétique, parcourant ce conduit, ne vient pas éclairer l'observateur. Leur *pronostic* est toujours grave, par les raisons données à l'article *Colique néphrétique*. Quant à leur *traitement*, il faut nécessairement se reporter aux articles *Calculs rénaux*, *Gravelle* et *Colique néphrétique* pour en trouver les détails.

4° Nous avons vu, à l'article *Rétention de l'urine dans les reins*, que l'uretère

peut offrir un *rétrécissement* et même une *oblitération* dès la naissance. Plus tard on trouve ce conduit rétréci, lorsqu'un obstacle quelconque interrompt le cours de l'urine dans le rein. Les parois du canal sont, en effet, revenues sur elles-mêmes. Si l'obstacle est dans l'uretère lui-même, la partie située au-dessous est rétrécie, tandis que la partie supérieure peut présenter au plus haut point l'altération que je vais mentionner tout à l'heure, c'est-à-dire la dilatation.

5° L'uretère peut être comprimé par des tumeurs extérieures, être envahi par les maladies des tissus adjacents, et en particulier par le *cancer*. Cette compression produit des rétrécissements plus ou moins étendus, dont les conséquences ont été indiquées dans les articles précédents.

6° La *dilatation* qui résulte des lésions déjà signalées tant de fois est quelquefois énorme. On a vu la portion de l'uretère située au-dessus d'un obstacle complet, égaler en volume l'intestin grêle, et plus encore. En même temps que le conduit se dilate, ses parois s'épaississent et peuvent tripler et quintupler d'épaisseur.

Maintenant, quelles conséquences pratiques pouvons nous tirer de cette exposition rapide? Il faut reconnaître, avec M. Vidal, de Cassis (1), que malheureusement nos connaissances sur les maladies des conduits réno-vésicaux se réduisent presque à des notions d'anatomie pathologique; que, pendant la vie, on ignore presque toujours le siége de l'affection, et que, le connût-on, il n'y aurait à en tirer aucune indication particulière pour le traitement.

CHAPITRE V.

MALADIES DE LA VESSIE.

La plupart des affections qui ont la vessie pour siége appartiennent en propre à la chirurgie, qui possède sur ce point les travaux les plus importants. On ne doit pas s'attendre par conséquent à trouver dans ce chapitre la description de nombreuses maladies, et l'on ne sera pas surpris si, sur quelques unes de celles dont je vais présenter l'histoire, je n'entre pas dans de grands détails.

C'est dans le siècle dernier et dans le nôtre que les affections vésicales ont été étudiées avec le plus de soin; mais tandis que, sous le rapport chirurgical, cette étude a fait faire les plus grands progrès à la science, celles de ces maladies qu'on peut regarder comme presque exclusivement médicales ont été très négligées. C'est ainsi qu'on chercherait en vain une description de la *cystite aiguë* ou *chronique* fondée sur des recherches exactes et résultant d'une analyse sévère de faits bien observés. On ne pourrait pas même faire ce travail en rassemblant les observations contenues dans les divers recueils de médecine; car, relativement à la cystite simple spontanée, c'est-à-dire à l'espèce qui nous intéresse particulièrement, on n'en trouve qu'un nombre fort insuffisant. Force nous sera donc de tracer, avec les remarques générales contenues dans les divers traités, l'histoire de cette affection qui, en

(1) *Traité de pathologie externe*, art. *Rétréc. et dilat. des uretères*; Paris, 1846, 2e édit., t. [illegible] p. 376.

oignant certains cas d'*incontinence d'urine* et le *cancer de la vessie*, constitue à peu près tout ce que doit revendiquer la pathologie interne, nous contentant de signaler les points suffisamment éclairés et ceux qui demandent de nouvelles recherches.

ARTICLE Ier.

HÉMORRHAGIE VÉSICALE.

Tous les auteurs s'accordent à dire que l'hémorrhagie simple spontanée, ayant son siége à la surface de la vessie, est une affection extrêmement rare. On peut même aller plus loin, et l'on peut avancer qu'il n'est aucun cas authentique où il soit démontré que l'écoulement de sang provenait réellement de la vessie et non des reins. C'est du moins ce qui résulte des recherches que j'ai pu faire sur ce point. Ainsi P. Frank (1), qui sur cinq mille neuf cent treize sujets n'a observé l'hématurie que treize fois, et qui, sur une autre série de treize cents, n'a pas vu périr un seul malade de cette affection, ne dit nullement que l'hémorrhagie eût la vessie pour siége, et fût essentielle dans un seul de ces cas, et M. Barth (2) qui a recherché avec soin les divers cas d'hémorrhagie simple spontanée, n'a pas pu rapporter un seul cas où il y ait eu évidemment exhalation de sang dans la cavité vésicale, car les deux faits qu'il cite en détail se rapportent à l'hémorrhagie rénale. Peut-être, il est vrai, invoquera-t-on ces hématuries si fréquentes dans certains pays, et en particulier à l'île Maurice; mais nous avons vu plus haut qu'on s'accorde généralement à placer dans le rein la source du sang rendu par les urines, dans ces cas particuliers (3). Il faut donc en conclure que cette affection, quand elle a réellement son siége dans la vessie, est sinon constamment, du moins presque constamment symptomatique de certaines lésions, et principalement de celles qui caractérisent le cancer, et à ce titre elle ne mérite pas de nous arrêter longtemps. Toutefois il est permis de croire que le sang peut s'échapper par exsudation et sans lésion préalable des parois de la vessie, dans les cas d'*hémorrhagies constitutionnelles* dont j'ai eu maintes fois occasion de parler ailleurs (4); mais même dans ces cas, l'hémorrhagie vésicale n'a qu'une importance secondaire. La maladie, en effet, est alors générale, et ce n'est souvent qu'une circonstance fortuite qui détermine le sang à s'échapper par tel ou tel point de l'économie.

Dans cet état de choses, je ne saurais faire autrement que de donner la description de cette espèce d'hématurie, telle qu'elle se trouve dans Boyer, en exprimant le regret que cet auteur, pas plus que ceux qui l'ont précédé, n'ait publié les observations qu'il a pu recueillir.

Hémorrhagie vésicale simple spontanée. « On regarde comme telle, dit Boyer, l'hématurie qui n'est précédée d'aucune violence extérieure ni d'aucun symptôme propre à caractériser une maladie des reins ou de la vessie, surtout si elle a lieu après la *suppression des règles* ou du *flux hémorrhoïdal.* » Il résulte de cette définition que les cas où l'on doit presque exclusivement admettre l'existence de cette espèce d'hématurie sont ceux où l'hémorrhagie peut être regardée comme *supplémentaire.*

(1) *Traité de médecine pratique*, traduct. de Goudareau; Paris, 1842, t. I, p. 547.
(2) *Doit-on admettre des hémorrhag. essent.?* (Thès. de concours, 1838.)
(3) Voy. *Hémorrhagie rénale.*
(4) Voy. *Épistaxis*, *Hématémèse*, etc.

« Les principaux symptômes de cette hématurie sont, continue l'auteur que je viens de citer, une *sensibilité insolite de la vessie à la présence de l'urine* quoique ce liquide soit en petite quantité ; de *fréquentes envies d'uriner*, la *dysurie*, un sentiment d'*anxiété*, de *tension*, de *chaleur*, d'*ardeur* dans l'hypogastre : une excrétion de *matière visqueuse, puriforme, fétide*, qui se précipite au fond des urines ; en un mot, presque tous les symptômes d'une *cystite* légère et chronique.

» Enfin, au milieu de ces symptômes, l'hématurie se déclare, le *sang coule* en plus ou moins grande quantité avec les urines, présentant une *couleur* obscure et noirâtre. *Il n'est pas aussi intimement mêlé avec ce liquide que dans l'hématurie rénale* ; il est *fluide*.

» Par suite de ce flux sanguin, la plupart des *symptômes s'apaisent* ; les urines deviennent plus claires, moins chargées de sang et coulent avec plus de facilité.

» L'hématurie vésicale ne présente pas toujours des symptômes aussi graves ; on a vu le sang couler évidemment de la vessie avec les urines *sans aucune sensation pénible*, sans efforts. Il existe des personnes sujettes à une hématurie périodique supplémentaire des règles ou des hémorrhoïdes, et dont la santé n'est nullement altérée par cette évacuation. »

Diagnostic. « Mais, ajoute Boyer, on ne peut guère reconnaître, même après la mort, si cette effusion provient de la diapédèse ou de la rupture des vaisseaux. Ainsi le diagnostic de l'hématurie vésicale spontanée n'est fondé que sur des conjectures. »

Il est presque inutile de faire ressortir tout le vague de cette description. Qu'en résulte-t-il, en effet, des détails que je viens d'emprunter à ce célèbre chirurgien ? Qu'il peut y avoir des hématuries essentielles ; mais ce n'est pas là la question. Il s'agissait d'abord de démontrer que le sang provient réellement de la vessie, et, pour résoudre le problème, nous avons seulement cette considération, que ce liquide est moins intimement lié à l'urine. Ce signe paraîtra-t-il suffisant ? C'est ce qu'il est impossible de croire. En second lieu, il fallait prouver que, dans les cas cités par Boyer, il n'y avait pas de lésion de la vessie ; mais l'écoulement d'une matière visqueuse, puriforme, fétide, permet-il d'admettre cette intégrité de l'organe ? On peut se rejeter, il est vrai, sur les exemples d'hématuries supplémentaires et périodiques qui n'altèrent pas la santé ; mais, il faut le redire, est-il certain que le sang provienne de la vessie ? On le voit, la manière dont ce point de pathologie a été étudié ne permet de se prononcer sur rien, et l'observation a encore tout à faire à ce sujet.

Hémorrhagie vésicale symptomatique. Cette espèce d'hémorrhagie ne doit nous occuper, d'après le plan que je me suis tracé, que tout autant qu'elle est assez considérable pour compromettre les jours des malades. Mais, d'une part, nous avons vu combien, suivant l'observation de P. Frank, les cas de ce genre sont rares, à moins de lésion traumatique ; et, de l'autre, c'est dans des affections chirurgicales qu'ils se montrent presque exclusivement. Ce serait donc un hors-d'œuvre de traiter un pareil sujet, d'autant plus que le traitement n'offre rien de particulier, et qu'on peut appliquer aux hémorrhagies vésicales trop abondantes les moyens dirigés contre celles que nous avons déjà étudiées dans d'autres organes.

Quant au *traitement* de l'hémorrhagie simple spontanée, il ne présente qu'une seule particularité importante : c'est que, d'après ce qui a été dit plus haut, cette

espèce d'hémorrhagie étant ordinairement supplémentaire, il ne faudrait pas se hâter de l'arrêter, et l'on ne devrait employer des remèdes dans cette intention, que si la perte de sang devenait excessive; car, d'une part, l'hémorrhagie tend à s'arrêter d'elle-même, et, de l'autre, l'évacuation d'une certaine quantité de sang est nécessaire pour suppléer au flux supprimé et pour faire cesser des symptômes de congestion quelquefois fort incommodes.

Je n'ajouterai qu'un mot relativement à un accident qui demande quelques précautions, que le médecin doit bien connaître et avoir présentes à l'esprit, c'est la *rétention d'urine occasionnée par la présence des caillots à l'extrémité vésicale de l'urètre.*

Pour faire sortir l'urine retenue par des caillots, M. Bernard (1) introduit une sonde élastique qui en contient une plus grosse dans son intérieur. Parvenu dans la vessie, il retire la sonde intérieure et l'urine s'échappe.

M. Mercier (2), après avoir introduit la sonde dans la vessie, a recours à une tige fine et flexible, terminée par un renflement sphérique. Lorsque des caillots viennent obstruer les yeux de la sonde, le renflement sphérique écrase les caillots, et l'urine s'écoule autour de la tige fine.

Si ces moyens ne suffisaient pas, il faudrait faire une *aspiration* à l'extrémité de la sonde. Mais, comme le fait très bien remarquer M. Mercier, on doit auparavant introduire une certaine quantité d'eau dans vessie, afin d'être bien sûr que l'aspiration s'exerce sur un liquide.

ARTICLE II.

CYSTITE AIGUE.

La cystite est une de ces maladies qui n'ont point été étudiées d'une manière approfondie, du moins quant à l'inflammation spontanée. On ne trouve, en effet, nulle part de description de cette maladie faite d'après des recherches cliniques très exactes et appuyée sur des observations détaillées. Relativement à la cystite aiguë spontanée, le fait s'explique seulement par la rareté très grande de cette affection; mais, pour la cystite chronique, que l'on a désignée généralement par le nom de *catarrhe de la vessie*, il serait facile de réunir de nombreux matériaux pour en tracer une histoire complète, satisfaisante pour les esprits sévères. Malheureusement un semblable travail n'a pas été exécuté dans tout son ensemble. Dans cet article, je m'occuperai presque exclusivement de l'inflammation de la vessie, qui n'est déterminée ni par une cause traumatique, ni par la présence des corps étrangers qu'on trouve si fréquemment dans cet organe. Celle qui est produite par ces causes doit, en effet, rester dans le domaine de la chirurgie; car ces causes elles-mêmes sont ce qu'il y a de plus important dans cette affection.

On a voulu distinguer dans la cystite aiguë une inflammation superficielle n'intéressant guère que la muqueuse, et une inflammation profonde occupant la paroi tout entière. A la première, on a donné le nom de *catarrhe vésical aigu*, et à la seconde, le nom de *cystite proprement dite.* On a été même jusqu'à proposer de les distinguer en *cystite péritonéale*, en *cystite musculaire*, en *cystite*

(1) *Gaz. méd.*, mai 1848, et *Bull. gén. de thér.*, 15 juin 1848.
(2) *Ibid.*

muqueuse, et enfin en *cystite générale* ou *profonde ;* mais on a été bientôt obligé d'abandonner une semblable division, qui ne saurait être admise sans confondre un grand nombre de choses très différentes. Assurément il peut y avoir une inflammation de la partie du péritoine qui recouvre la vessie ; mais cette inflammation ne peut être que sous la dépendance d'une péritonite générale ou d'une péritonite partielle, due à une autre affection, telle qu'une maladie de l'utérus, de l'ovaire ou du tissu cellulaire de la fosse iliaque. On ne saurait donc la considérer comme une véritable cystite. Quant à l'inflammation de la tunique musculaire, il n'est nullement prouvé qu'elle puisse avoir lieu indépendamment de celle des deux autres tuniques. Il ne resterait donc que la division précédemment indiquée, et qui consiste à distinguer la cystite en *superficielle* et en *profonde ;* mais cette division elle-même a-t-elle toute l'importance qu'on a voulu lui attribuer ? C'est ce qui n'est certainement pas démontré ; car, ainsi que le fait remarquer Boyer (1), « il faut observer que, dans la cystite, la membrane muqueuse participe plus ou moins à l'inflammation, et que, dans le catarrhe de la vessie aigu et très intense, les autres membranes de ce viscère sont aussi plus ou moins enflammées. »

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

Pour nous donc, la cystite est toute inflammation de la vessie, quelles que soient sa profondeur et sa violence ; seulement nous remarquons que, dans cette affection, comme dans l'inflammation du larynx, du pharynx, etc., la maladie peut avoir une intensité très différente, suivant les cas, et que le degré de cette intensité correspond, en général, à une étendue plus ou moins considérable de l'inflammation. Le nom de *catarrhe de la vessie* ne convient pas plus à cette maladie que celui de catarrhe pulmonaire ne convient à l'inflammation des bronches ; et, comme il suffit de la distinction précédente pour écarter toute indécision à ce sujet, on peut facilement supprimer ce mot qui a vieilli.

On a donné à la maladie les noms de *cystite légère* ou *intense*, de *cystite* (Sauvages), de *cystiphlogie* (Meyzerey), etc. Ces dernières dénominations ont été appliquées à l'inflammation profonde.

J'ai dit plus haut qu'il était très rare d'observer la cystite aiguë développée spontanément et sans cause traumatique. Cette rareté est si grande, que beaucoup de médecins n'ont jamais eu l'occasion de traiter cette maladie. On sait, au contraire, combien est fréquente la cystite, lorsque des corps étrangers établis dans l'intérieur de l'organe en irritent continuellement les parois. Mais, je le répète, c'est dans les traités de chirurgie qu'il faut étudier les cas de ce genre.

§ II. — Causes.

Les causes ont été peu étudiées. Voici ce que nous apprennent les auteurs.

1° Causes prédisposantes.

1° Les causes prédisposantes de la cystite aiguë spontanée sont enveloppées de la plus grande obscurité. L'influence de l'*âge mûr* est de toutes les causes prédisposantes celle qui est le mieux constatée.

M. le docteur Reiseberg (2) a cité un cas de cystite survenu chez un enfant de

(1) *Trait. des malad. chir.*, t. IX, *De l'inflam. de la vessie.*
(2) *Preuss. Zeit.*, n° 10, 1840.

onze mois à la suite de *convulsions* ; mais comme on avait appliqué un vésicatoire, il est plus probable que c'est à cette application qu'il faut attribuer la cystite.

Quant aux autres, telles que l'influence du *sexe*, celle du *tempérament*, de l'*atmosphère*, de l'*hygiène*, etc., nous n'avons aucune donnée positive. On a dit, il est vrai, qu'une *forte constitution* et un *tempérament sanguin* prédisposent à l'inflammation de la vessie ; mais ce sont là des assertions sans preuves.

2° Causes occasionnelles.

Si nous mettons de côté les *violences extérieures* et l'action des *corps étrangers* sur la vessie, nous ne trouvons qu'un petit nombre de causes occasionnelles dont l'action soit bien déterminée. Mais avant de les indiquer je dois faire une exception pour une cause traumatique particulière : je veux parler des *contusions de la région hypogastrique*. On a vu, en effet, quelquefois la cystite survenir par suite d'une compression violente de cette partie, sans qu'il y eût aucune blessure interne ou externe ; mais les cas de ce genre sont extrêmement rares.

Parmi les autres causes occasionnelles, nous trouvons d'abord l'action des *cantharides* sur la vessie. Dans les expériences faites pour étudier les empoisonnements et dans les cas où l'on a pu pratiquer l'autopsie de sujets qui ont succombé à l'intoxication par cette substance, on a trouvé une inflammation de toutes les parties des voies urinaires, et surtout de la vessie. Cette inflammation est quelquefois très profonde.

Dans quelques cas, on a attribué à l'action des diurétiques et même des cantharides des inflammations rénales survenues dans des maladies fébriles de longue durée et qui s'étaient évidemment développées sous l'influence de la fièvre. C'est ce qui a eu lieu principalement lorsqu'on a trouvé des traces d'inflammation dans la vessie de sujets à qui l'on avait seulement appliqué un ou plusieurs *vésicatoires*. D'autres fois, au contraire, l'action de cette cause, ordinairement si peu puissante, n'a pu être méconnue. On peut voir, à ce sujet, un cas publié par Ambroise Paré (1), où la simple application d'un vésicatoire sur la face, pour faire disparaître une affection de la peau, a produit une cystite fort intense.

M. Morel-Lavallée (2) a aussi cité un bon nombre d'observations dans lesquelles l'application des vésicatoires a produit une cystite *avec production de fausses membranes*, souvent très abondantes. On a donné à cette cystite, le nom de *cystite cantharidienne*.

Les divers *diurétiques* peuvent-ils avoir le même effet ? Donnés à dose considérable, et pendant longtemps, ils fatiguent considérablement la vessie et produisent les symptômes de l'inflammation ; mais il est bien rare que les accidents soient portés à ce degré, à moins qu'il n'y ait empoisonnement.

Je ne cite que pour mémoire la *suppression des divers flux* ou des *exanthèmes*, la *rétrocession de la goutte*, etc., causes sur la valeur desquelles les documents nous manquent complétement.

Mais il est un autre ordre de causes déterminantes qui, quoique ne s'appliquant pas rigoureusement à la cystite spontanée proprement dite, mérite cependant de fixer notre attention, car l'inflammation de la vessie non traumatique se développe assez fréquemment sous leur influence ; je veux parler de l'*extension d'une in-*

(1) *Œuvres complètes*, édition publiée par F.-G. Malgaigne ; Paris, 1840, t. III, p. 328.

(2) Voy. *Comp. rend. de l'Ac. des sc.* — *Bull. de l'Ac. de méd.* ; Paris, 1847, t. XII, p. 744, 779 812.

flammation voisine du réservoir urinaire. C'est surtout dans les cas *de blennorrhagie intense* qu'on voit survenir cette extension de l'inflammation. M. Vidal de Cassis a vu à l'hôpital de Lourcine une *vaginite violente* s'accompagner rapidement d'une cystite (1). Quant à l'*inflammation de l'utérus*, du *rectum*, du *péritoine*, il est bien plus rare de la voir se propager à d'autres parties de la vessie qu'à sa surface péritonéale ; et si assez souvent on a pu le penser pendant la vie, c'est qu'on a pris pour des douleurs ayant leur siége principal dans les parois vésicales, les douleurs causées par le tiraillement que font éprouver les contractions de la vessie aux parties environnantes atteintes de phlogose.

Enfin il faut reconnaître que, dans certains cas, la cystite, comme toutes les autres inflammations spontanées, peut se produire *sans qu'il soit possible d'en découvrir la cause*. J'en ai vu, pour ma part, un exemple remarquable chez un jeune homme de vingt-cinq ans, et c'est le seul cas de cystite spontanée que j'aie eu occasion d'observer. La seule circonstance remarquable, c'est qu'il y avait eu une blennorrhagie avec douleur vésicale un an auparavant. Mais à l'époque où survint la cystite, il ne restait plus aucune trace de cette affection, et l'on ne trouvait ni dans l'hygiène, ni dans aucune autre influence, la moindre cause de cette inflammation qui eut une assez grande intensité.

§ III. — Symptômes.

Début. Il est très rare que la cystite aiguë spontanée débute par un mouvement fébrile un peu prononcé ; presque toujours, en effet, un besoin plus fréquent de rendre les urines, une certaine gêne, un peu de douleur sourde dans l'état de plénitude de la vessie, et enfin une faible douleur dans les dernières contractions de cet organe, tels sont les symptômes qui annoncent que la cystite se déclare. C'est surtout immédiatement derrière et au-dessous du pubis que se font sentir ces symptômes locaux, par la raison que la cystite aiguë dont il est ici question étant presque toujours le résultat de l'extension d'une blennorrhagie, c'est le col de la vessie qui est d'abord enflammé. Cependant il est quelques cas où l'affection s'annonce par des frissons, une grande sensibilité au froid, et enfin par de la chaleur et l'élévation du pouls, accompagnés simplement d'une gêne vers le périnée, ou quelquefois dans tout le bassin. Ces signes indiquent que l'affection doit avoir une intensité assez grande ; ils existèrent chez le sujet dont j'ai parlé plus haut.

Symptômes. Les symptômes sont tellement différents, quant à leur intensité, dans les divers cas, qu'il faut nécessairement décrire à part la cystite légère et la cystite intense, comme nous l'avons fait pour la laryngite.

1° *Cystite légère*. Un simple *embarras dans la région hypogastrique* ; les *contractions de la vessie* un peu douloureuses pendant la miction ; le *besoin d'uriner provoqué par une très petite quantité de liquide*, d'où résulte la *miction fréquente ;* la *sensibilité de l'hypogastre à la pression ;* un état d'*inquiétude*, d'*anxiété*, d'*irritation* du sujet, tels sont les symptômes qui s'offrent presque uniquement à l'observation. Il faut néanmoins y joindre ceux qui résultent de l'*examen de l'urine*, et qui ont une grande valeur. Il est rare que, dans la cystite légère dont il est ici question, ce liquide soit fortement coloré, mais il ne tarde pas à contenir une certaine quantité de *mucus* ou de *muco-pus*, dont il importe beaucoup

(1) *Traité de pathologie externe* ; Paris, 1846, t. V, p. 315.

de constater l'existence. Je me contente toutefois de signaler ici ce fait, parce que, en décrivant la pyélite, j'ai indiqué les caractères de l'urine dans des circonstances tout à fait semblables.

Cet état de la vessie ne tarde pas ordinairement à se dissiper; néanmoins on le voit persister assez longtemps dans certaines blennorrhagies, l'inflammation de la vessie participant du caractère rebelle de l'inflammation de l'urètre, ou plutôt n'étant que celle-ci étendue à une plus grande surface.

Du reste, on n'observe dans cette affection, lorsqu'elle se maintient à ce degré, ni mouvement fébrile ni trouble des voies digestives, rien en un mot qui prouve que l'affection tend à perdre son caractère purement local.

2° *Cystite aiguë intense.* La *douleur* qui a son siége à l'hypogastre est toujours plus ou moins vive, mais elle a des caractères bien différents, suivant que la vessie reste en repos ou se contracte. Dans le premier cas, le malade éprouve comme un *sentiment de tension douloureuse* derrière le pubis, vers le rectum, dans les aines, et parfois jusque dans les lombes. Quelques sujets se plaignent d'éprouver un *prurit au méat urinaire* et à l'*anus*. En général, toutes les parties contenues dans le bassin ressentent une douleur sourde et continue. Lorsque la vessie se contracte pour évacuer la petite quantité d'urine qu'elle contient, la douleur *augmente beaucoup* d'intensité, et quelquefois est excessive. L'évacuation de l'urine n'a pas toujours lieu d'un seul jet, les contractions étant tellement douloureuses, qu'elles restent incomplètes; ce sont surtout les dernières qui font éprouver les plus vives souffrances: aussi le malade les sent-il arriver avec une vive anxiété, il se tient courbé pour uriner, place ses mains sur l'hypogastre, en un mot cherche par tous les moyens possibles à diminuer l'intensité de cette douleur.

Ce symptôme peut prendre un tel degré d'intensité, qu'il en résulte ce que l'on a appelé le *ténesme vésical*, c'est-à-dire une envie presque incessante de rejeter le liquide qui irrite les parois de la vessie enflammées, et l'impossibilité de satisfaire ce besoin, les contractions de la vessie étant rendues impossibles par la douleur; on voit même parfois ce ténesme se propager au rectum, d'où un véritable *ténesme intestinal*, comme dans la dyssenterie violente.

L'*émission de l'urine* est, ai-je dit, très *fréquente:* le besoin se fait sentir toutes les demi-heures, tous les quarts d'heure, parfois même plus souvent, et quoique le malade cherche à retarder autant que possible le moment de la miction, à cause des souffrances qu'il redoute, il est bientôt obligé de céder à l'irritation toujours croissante qu'exerce l'urine sur la vessie. La *quantité de l'urine* est très petite à chaque émission; parfois le malade n'en rend que quelques gouttes; on doit même dire, d'une manière générale, que la quantité de l'urine rendue est notablement moins considérable qu'à l'état normal: ce qui résulte, d'une part, de ce que le malade s'abstient de boire autant qu'il le peut, de crainte de provoquer de nouvelles douleurs vésicales, et, de l'autre, de l'état fébrile dans lequel il se trouve.

L'*urine* est fortement colorée, comme dans toutes les affections fébriles, et reste d'abord transparente si l'affection n'est provoquée par aucune cause traumatique. Vers la fin de la maladie, elle présente un dépôt de mucus ou de muco-pus que l'on reconnaît aux signes déjà indiqués (1).

Pendant que ces symptômes locaux se produisent, on voit survenir des *sym-*

(1) Voy. *Pyélite*.

ptômes généraux très remarquables, ou bien continuer et augmenter ceux qu'on avait observés au début dans quelques cas. Ce sont la *perte de l'appétit*, la *soif* que le malade s'efforce de ne point satisfaire pour la raison indiquée plus haut, et ordinairement la *constipation*. La *peau* est chaude, halitueuse; le pouls développé, fréquent. Il y a de la tendance à l'*assoupissement*, et cependant le malade est presque complétement *privé de sommeil*, parce qu'il est obligé de se relever très fréquemment pour uriner. Enfin on observe l'*anxiété*, l'*agitation* et une sorte de *découragement* qui devient de plus en plus marqué à mesure que l'affection se prolonge.

Je n'ai parlé ici ni des vomissements, ni du hoquet, ni du délire, ni de la prostration extrême, ni de beaucoup d'autres symptômes qu'on trouve mentionnés dans les auteurs, parce qu'ils se rapportent aux cas où l'inflammation de la vessie a été déterminée par des calculs, par des lacérations, en un mot par l'action de causes qui tendent à désorganiser les parois. En pareil cas, en effet, la maladie est toute chirurgicale, et les auteurs auraient évité une assez grande confusion dans la description de cette affection, s'ils avaient établi la distinction que nous suivons ici.

C'est dans les mêmes circonstances que se produit la *gangrène de la vessie*, dont les symptômes sont nécessairement d'une gravité extrême; mais c'est également aux traités de chirurgie qu'il faut renvoyer le lecteur pour l'étude de cette lésion importante. Nous devons, il est vrai, à un jeune observateur très distingué, M. Cossy (1), des recherches intéressantes sur une *gangrène de la vessie* qui se montre parfois dans la *fièvre typhoïde;* mais ce n'est là qu'une lésion secondaire, presque complétement masquée par la maladie principale toujours très grave en pareil cas, et il sera temps d'en parler lorsque je présenterai la description de la fièvre typhoïde.

Dans les cas où la cystite est causée par l'action des cantharides, il se joint aux symptômes précédents quelques phénomènes très remarquables : ce sont l'*ardeur en urinant*, l'*hématurie*, le *satyriasis;* mais ces phénomènes sont dus à l'excitation des organes génitaux, et non à l'inflammation de la vessie, et je devrai les exposer avec plus de détails dans la description du *satyriasis*.

§ IV. — Marche; durée; terminaison.

Quelle que soit l'intensité de cette affection, elle a une *marche* continue. Sa *durée* n'a pas été constatée d'une manière précise. Elle est beaucoup plus longue, toutes choses égales d'ailleurs, dans les cas où la maladie résulte de l'extension de l'uréthrite blennorrhagique que dans toute autre. Le degré d'acuité de la cystite est loin de correspondre à la longueur de cette durée; ainsi, dans le cas que j'ai cité plus haut, et dans lequel les symptômes ont été violents, la maladie a considérablement perdu de son intensité dès le troisième jour, et le septième la guérison était complète.

On a signalé plusieurs *terminaisons* de la cystite aiguë qui sont fort différentes : c'est d'abord la terminaison par *résolution*. Dans les cas dont il est ici principalement question, cette terminaison peut être regardée comme presque constante, et la seule qui puisse ensuite être admise est la terminaison par le passage à l'état chronique, que l'on n'observe guère que dans les cas d'extension de l'inflammation urétrale à la vessie. Je ne connais du moins aucun fait authentique qui sorte de cette règle. Aussi lorsqu'on a parlé de terminaison par *induration*, par *gangrène*, par *suppuration*, a-t-on eu presque toujours en vue des cas où la maladie était

(1) *Arch. gén. de méd.*

produite soit par une affection grave du voisinage, soit par une opération, soit par des calculs : des cas, en un mot, qui intéressent spécialement le chirurgien. Lorsque la cystite est le résultat de l'absorption d'une dose considérable de cantharides, la terminaison est fatale ; mais la mort est due dans ce cas à l'empoisonnement.

§ V. — Lésions anatomiques.

D'après ce que je viens de dire, il faut laisser de côté les lésions graves qui sont la suite des affections chirurgicales. Celles qui sont occasionnées par la cystite spontanée ont pu être étudiées dans les cas où l'inflammation de la vessie s'est montrée comme lésion secondaire. Ce sont le ramollissement, l'épaississement, la rougeur de la muqueuse, et lorsque la maladie est plus profonde, les mêmes altérations des tissus sous-jacents. Les autres lésions décrites par les auteurs, telles que les *abcès*, la *gangrène*, l'*induration*, doivent à peine être mentionnées ici.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Le diagnostic de la cystite aiguë spontanée ne présente pas de difficultés sérieuses. Cependant on a vu des cas où de simples *douleurs vésicales*, soit névralgiques, soit offrant un caractère rhumatismal, ont été prises pour de véritables inflammations. L'absence de la fièvre, l'état naturel de l'urine, à moins de complication, sont les principaux caractères qui font distinguer ces douleurs d'une véritable cystite; mais lorsque cette dernière affection est très légère, la fièvre n'existe pas, et le cas devient plus difficile. Il faut alors étudier attentivement la marche de la maladie, voir si elle est le résultat de l'extension d'une inflammation voisine, et surtout rechercher avec soin si l'urine contient une certaine quantité de mucus ou de muco-pus, ce qui est un caractère important de l'inflammation. Il est inutile d'insister sur un diagnostic si simple.

Pronostic. Il résulte des considérations précédentes, que le pronostic de la cystite aiguë spontanée n'a pas de gravité réelle dans la grande majorité des cas, et que ce qui peut arriver de plus fâcheux est, dans quelques circonstances, le passage de l'affection à l'état chronique. Dans les cas où la mort est survenue, la cystite n'a pas déterminé par elle-même cette terminaison fatale.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de la cystite aiguë spontanée est des plus simples. Si l'affection est *légère*, il suffit de quelques *boissons émollientes*, de *topiques émollients*, du *repos*, et rarement de quelques *sangsues* sur l'hypogastre.

Dans les cas où l'affection est *intense*, et surtout lorsqu'elle s'accompagne de phénomènes fébriles marqués, les moyens doivent être un peu plus énergiques. Ainsi on commencera par une ou plusieurs applications de *sangsues* en nombre assez considérable à l'hypogastre et au périnée; souvent même on sera forcé d'avoir recours à la *saignée générale ;* puis on prescrira les *grands bains* plus ou moins prolongés, et les bains de siége émollients. On a recommandé aussi les lavements *huileux* et *mucilagineux*.

La violence des douleurs paraît indiquer d'une manière formelle l'emploi des narcotiques, et en particulier de l'*opium*. Cependant, si l'on en croit Boyer, ce médicament ne devrait pas être prescrit avant que l'inflammation fût apaisée; mais on ne sait sur quoi est fondée une pareille assertion. Dans le cas que j'ai pu observer, et que j'ai cité plus haut, l'usage de l'opium à la dose de 5 centigrammes par

jour, même au plus fort de la maladie, eut le grand avantage de calmer les douleurs et de rendre moins fréquent le besoin d'uriner, sans déterminer autre chose qu'un très léger assoupissement, et sans prolonger en aucune manière la maladie.

Lorsque l'affection est la suite de l'empoisonnement par les cantharides, on joint aux moyens précédents l'usage de petites doses de *camphre* à l'intérieur et de *frictions camphrées* sur l'hypogastre; mais c'est assez nous arrêter à un traitement aussi simple.

ARTICLE III.

CYSTITE CHRONIQUE.

L'étude de la cystite chronique est bien plus importante pour nous que celle de la cystite aiguë, parce qu'elle est plus fréquemment du ressort de la pathologie interne.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

La cystite chronique est l'inflammation de la vessie, quelle que soit la profondeur des tissus affectés.

C'est elle qui a été principalement désignée sous le nom de *catarrhe de la vessie*. Les documents que nous possédons sur cette maladie sont presque aussi vagues que ceux qui nous ont servi à tracer l'histoire de la cystite aiguë, quoique l'inflammation chronique de la vessie soit incomparablement plus *fréquente* que l'inflammation aiguë.

§ II. — Causes.

Si l'on examine les articles généraux fournis par les auteurs sur le catarrhe vésical on trouve un bon nombre de causes dont l'action est assez généralement admise; mais si l'on recherche les faits sur lesquels on s'est appuyé, on voit que rien n'est moins positif que l'existence de la plupart de ces causes. Passons-les donc rapidement en revue

1° Causes prédisposantes.

Tous les auteurs s'accordent à dire que les *hommes* sont plus fréquemment affectés du catarrhe vésical que les femmes, et l'expérience le prouve en effet tous les jours

L'influence de l'*âge* n'est pas moins évidente : c'est dans la vieillesse qu'on observe le plus grand nombre d'inflammations chroniques de la vessie, ce qui s'explique aisément par les diverses maladies des voies urinaires qui déterminent cette inflammation, et auxquelles les *vieillards* sont particulièrement sujets. Il est fort rare qu'à un âge peu avancé le catarrhe vésical existe sans qu'il y ait une cause déterminante bien connue, tandis que dans la vieillesse, outre les cas qui viennent d'être indiqués, on en trouve beaucoup d'autres dans lesquels la cystite chronique paraît s'être développée spontanément. Ainsi, sous tous les rapports, la proportion des cas est très différente aux différents âges.

On chercherait en vain dans les divers *tempéraments* et dans la *constitution* des individus une cause bien avérée de cystite chronique. Quant à l'*habitation*, à la *profession*, aux *saisons*, aux *climats*, il est très probable que toutes ces circonstances ont une influence sur la production de la maladie; mais comme il n'a été fait aucun travail exact sur ce point, nous ne pourrions nous livrer qu'à de simples conjectures. On s'accorde néanmoins à dire que les professions sédentaires, celles qui exigent une grande contention d'esprit, et par conséquent un oubli fréquent

des besoins naturels; les climats froids ou humides et l'habitation dans les lieux mal aérés, sont favorables au développement de cette affection.

On a placé encore et avec raison, parmi les causes prédisposantes de la cystite chronique, les *rétrécissements de l'urètre* et les *gonflements de la prostate* qui gênent l'émission de l'urine. La vessie, trop longtemps distendue, finit alors par s'enflammer chroniquement. Cependant il serait peut-être plus convenable de ranger cette cause parmi les causes déterminantes, puisqu'elle suffit seule pour produire la maladie, quoique d'une manière lente.

Enfin on a été jusqu'à citer l'*hérédité;* mais les faits allégués à l'appui de cette manière de voir sont tout à fait insuffisants.

2° Causes occasionnelles.

Parmi les causes occasionnelles nous retrouvons un bon nombre de celles qui ont été données comme produisant la cystite aiguë : ce sont l'influence du *froid*, l'*extension d'une inflammation* chronique de l'urètre à la vessie, l'*abus des diurétiques*, des *lithontriptiques*, etc.

A ces causes il faut en joindre quelques autres qui ont été signalées par M. Lallemand (1), quoique dans un autre but. Parmi les observations citées par cet auteur, on en voit un très grand nombre qui présentent tous les symptômes de la cystite chronique. Or on ne trouve comme cause de la maladie que les *excès vénériens*, la *masturbation*, des *ascarides dans le rectum ;* en un mot, les causes qui ont été signalées par M. Lallemand comme produisant la spermatorrhée, et qui, soit d'une manière directe, soit d'une manière indirecte, ce que j'aurai à examiner dans un des articles suivants, donnent lieu à l'inflammation chronique de la vessie.

De toutes les causes déterminantes, celles dont l'existence est la plus évidente sont l'action des *corps étrangers sur la vessie*, les *violences* qui résultent de quelques manœuvres opératoires plus ou moins fréquemment répétées; mais, en pareil cas, l'affection rentre dans le domaine de la chirurgie, car elle n'est que la conséquence d'une maladie chirurgicale bien plus importante. Il en est de même des cas dans lesquels, à la suite d'une *lésion de la moelle*, une paralysie survenant, le liquide prend une odeur ammoniacale et se trouble. Suivant M. Ségalas (2) il se produit alors une inflammation catarrhale de la vessie, une cystite chronique, causée soit par la *rétention du liquide*, soit par l'*action de la sonde.*

§ III. — Symptômes.

Nous avons vu plus haut que dans quelques cas le *début* de la cystite chronique est consécutif à une cystite aiguë, ou, en d'autres termes, que la première n'est que la continuation de la seconde; mais ces cas sont de beaucoup les plus rares. Ordinairement le début de la maladie a lieu sans que les malades y fassent une grande attention; il n'est signalé que par un sentiment de gêne vers la région hypogastrique, le périnée et le rectum, et l'émission un peu plus fréquente de l'urine qui ne présente pas d'abord de caractères bien remarquables et qui puissent être appréciés par le malade.

(1) *Des pertes séminales involontaires.*

(2) *Des lésions traumatiques de la moelle de l'épine, considérées sous le rapport de leur influence sur les fonctions des organes génito-urinaires* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1843-1844, t. IX, p. 1114).

La maladie faisant des progrès, voici les symptômes qu'on observe : le *sentiment de gêne* persiste dans les lieux indiqués plus haut ; les *dernières contractions* de la vessie sont un peu *douloureuses ; l'urine est rendue fréquemment* et en *petite quantité*, surtout après les repas.

Si l'on examine ce liquide immédiatement après l'émission, on ne lui trouve pas de changement de *couleur* bien notable ; mais on y voit flotter un *nuage* plus ou moins épais qui résulte d'une certaine quantité de mucus sécrété par la surface enflammée. Au bout d'un certain temps, ce mucus se rassemble en un *dépôt* parfois très abondant, ordinairement blanc ou d'un blanc grisâtre, quelquefois d'une couleur un peu foncée ; et comme c'est ce mucus qui a été rendu avec les dernières gouttes du liquide, il arrive, lorsqu'il est un peu abondant, que les malades le voient sortir de l'urètre sous forme d'une masse filante. Lorsqu'on laisse l'urine se refroidir dans un vase, on remarque qu'elle acquiert rapidement l'*odeur ammoniacale.*

« Après vingt-quatre ou trente-six heures, dit M. Vidal, de Cassis (1), il s'opère dans la masse profonde (le dépôt muqueux) un *dégagement de gaz* qui, la rendant d'une pesanteur spécifique moindre, en fait surnager une partie. Cette humeur muqueuse est la même que dans les autres affections catarrhales. Sa quantité varie suivant plusieurs circonstances : elle diminue si la maladie augmente d'acuité ; elle devient aussi moins visqueuse. Dupuytren disait alors que le catarrhe était purulent, et il est remarquable que le malade souffrait moins quand cette forme se produisait. A l'état chronique, le mucus a beaucoup d'analogie avec l'albumine de l'œuf, seulement il est un peu plus laiteux. »

Quelquefois le mucus, au lieu d'être rejeté à la fin de l'émission de l'urine, est rejeté au commencement. Le malade fait d'abord des efforts qui paraissent infructueux ou qui ne produisent que quelques gouttes d'urine, puis il s'échappe une masse glaireuse qui a de la ressemblance avec une hydatide allongée, et l'urine sort par un gros jet.

Il est très difficile de démêler, dans les descriptions que nous ont données les auteurs, ce qui appartient à la cystite chronique produite par une irritation prolongée de la vessie, et à celle qui s'est développée spontanément. Disons seulement d'une manière générale que dans celle-ci les choses marchent plus lentement, la douleur est moins vive et l'état général plus supportable.

Les *fonctions des autres appareils* d'organes ne sont généralement pas altérées au début de la maladie et pendant un certain temps ; mais l'affection se prolongeant, la *digestion* peut languir, la *constipation* survenir, le *dépérissement* se prononcer, et le malade tomber dans le *découragement* et l'*hypochondrie.* Lorsque l'affection est due à la présence d'un corps étranger dans la vessie, les symptômes augmentent à mesure que ce corps étranger acquiert du volume.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison de la maladie.

Ce sont encore là des points qui n'ont pas été étudiés d'une manière satisfaisante. Ce qui empêche surtout qu'on puisse donner des indications très précises sur ce sujet, c'est qu'on a confondu, dans les descriptions, les divers cas si dissemblables

(1) *Traité de pathologie externe*; Paris, 1846, 2ᵉ édit., t. V, p. 326.

que j'ai maintes fois signalés. Tout ce qu'il est permis de dire, par conséquent, c'est que la cystite chronique a une *marche* en général continue, dans laquelle on observe seulement quelques améliorations plus ou moins persistantes ; que la *durée* peut être d'un bon nombre d'années ; et qu'assez souvent on la voit se prolonger jusqu'à la mort du sujet, occasionnée par une autre maladie.

On ne connaît pas d'exemple authentique de *terminaison* fatale de la cystite chronique, à moins que cette affection ne soit le résultat de lésions matérielles de la vessie produites, soit par un corps étranger, soit par des manœuvres violentes. Seulement les affections qui peuvent survenir acquièrent un bien plus haut degré de gravité de l'état dans lequel les malades ont été placés par suite des progrès de la cystite. La terminaison par la guérison est difficile, mais non pas impossible. On a dit que cette terminaison peut se faire par métastase, c'est-à-dire qu'une autre inflammation d'une muqueuse se produisant, la cystite chronique peut se dissiper presque instantanément. Malheureusement on ne nous a pas fait connaître les faits qui viennent à l'appui de cette assertion.

§ V. — Lésions anatomiques.

Lorsque le malade a été enlevé par une autre affection avant que la cystite ait pu faire de grands progrès, on ne trouve pas de lésions anatomiques bien marquées : c'est un simple épaississement avec un ramollissement peu considérable et une rougeur peu vive de la muqueuse. Mais si la maladie a duré très longtemps, cette membrane a acquis ordinairement une épaisseur très considérable, ainsi que les tissus sous-jacents, et principalement la tunique musculaire, qui est considérablement hypertrophiée. C'est alors qu'on observe à la surface de la vessie ces taches d'un rouge brun ou ardoisé qui annoncent une inflammation ancienne. Quant aux ulcérations, aux abcès, à cet état de l'organe qui lui a fait donner le nom de *vessie à colonnes*, c'est presque uniquement, sinon même uniquement, dans les cas où l'inflammation est produite par des corps étrangers ou par toute autre maladie chirurgicale, qu'on est appelé à les observer.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Le diagnostic de la cystite chronique est tout aussi facile que celui de la cystite aiguë ; les seuls points sur lesquels il peut y avoir du doute sont de savoir si l'affection s'est développée spontanément, ou bien par suite de la présence d'un corps étranger, ou bien encore sous l'influence d'une autre maladie des voies urinaires, et si toute l'affection est concentrée dans la vessie, ou s'il existe des complications du côté des reins, des uretères, de la prostate. Mais, d'une part, j'ai, dans les articles précédents, fourni les éléments qui serviront à lever une partie de ces difficultés, et, de l'autre, ce diagnostic est presque exclusivement du domaine de la chirurgie.

Pronostic. Le pronostic de la cystite chronique causée par une affection chirurgicale est subordonné à la gravité de cette affection et des opérations qu'elle exige. La cystite chronique spontanée ne détermine pas, comme nous l'avons vu, la mort par elle-même ; cependant c'est une affection grave, à cause de la difficulté qu'on éprouve à la guérir et de l'état de découragement et d'hypochondrie dans lequel elle jette ordinairement les malades.

été levé. Mais on a vu quelquefois le ressort de la vessie aboli pendant un temps plus ou moins long après l'évacuation de l'urine, et, en pareil cas, on ne peut nier l'existence d'une véritable paralysie par cause mécanique.

Quant à la *débauche*, à la *masturbation*, aux *excès vénériens* de tout genre, les faits sont moins concluants. On a, en effet, négligé de tenir compte de beaucoup de circonstances, comme des maladies syphilitiques, des rétrécissements, des tuméfactions de la prostate, et l'on a bien souvent attribué à une paralysie essentielle de la vessie la rétention d'urine déterminée par ces diverses causes. Presque tout reste donc à faire sur ce point important.

« La paralysie de la vessie, dit Boyer, est si commune chez les vieillards, que l'on a classé la rétention d'urine qui en résulte parmi les maladies *attachées à la vieillesse*. Cependant tous les vieillards n'y sont pas également exposés. Elle attaque particulièrement ceux qui sont d'un *tempérament lymphatique*, les personnes *replètes*, *sédentaires*, les gens de cabinet, les joueurs, les enfants de la joie, comme le dit J.-L. Petit, qui ne s'ennuient point à table; ceux qui, par paresse, par négligence ou par vivacité, ne se donnent pas le temps de verser jusqu'à la dernière goutte de leur urine; enfin ceux qui pissent la nuit couchés sur le côté, au lieu de se lever ou de se mettre à genoux sur leur lit. » On peut dire qu'il n'est pas une seule de ces propositions qui puisse être acceptée sans de nouvelles recherches, et l'on doit regarder ce point d'étiologie comme un de ceux que l'observation est le plus particulièrement appelée à éclairer.

§ III. — Symptômes.

Sauf les cas où la paralysie de la vessie est causée par la distension forcée de ses fibres, cette affection, et la rétention d'urine, qui en est la conséquence, commencent d'une manière presque insensible, de telle sorte que, pendant un temps assez long, le malade peut ne s'en apercevoir en aucune manière. Ce n'est d'abord qu'une simple paresse de cet organe. Le besoin d'uriner se fait sentir moins fréquemment, et l'on reste quelque temps avant de pouvoir le satisfaire.

A une époque plus ou moins éloignée du début, suivant les cas, le *besoin d'uriner* ne se fait plus sentir que lorsque la distension de la vessie est portée au point de causer une véritable *douleur*, et plus tard, enfin, le liquide s'accumule sans pouvoir être expulsé en aucune manière : la rétention est complète.

Dans les premiers temps, la contraction de la vessie suffit seule pour évacuer l'urine; seulement le *jet* est moins fort, et les dernières gouttes surtout, loin d'être rejetées avec énergie, comme chez un sujet en bonne santé, tombent, pour ainsi dire, par leur propre poids, et verticalement, entre les jambes du malade. A une époque plus avancée, la contraction des fibres musculaires de la vessie ne suffit plus, il s'y joint des contractions plus ou moins énergiques des muscles de l'abdomen, qui, ne suppléant qu'imparfaitement celles du viscère, ne produisent qu'un jet faible, souvent interrompu, et laissent dans l'urètre quelques gouttes d'urine qui, n'ayant pas été expulsées, souillent ensuite les vêtements. Enfin, la maladie faisant sans cesse des progrès, les sujets restent toujours plus longtemps avant de pouvoir satisfaire le besoin d'uriner; les efforts abdominaux qu'ils font augmentent de jour en jour; ils se tiennent courbés et les jambes écartées, lorsqu'ils veulent vider leur vessie, et cependant ils n'y parviennent pas; le liquide n'est évacué qu'en

partie, le besoin d'uriner se fait sentir à des intervalles de plus en plus rapprochés, et la rétention complète de l'urine finit par se déclarer.

Lorsque la maladie est parvenue à ce degré, la distension de la vessie augmente à chaque instant, et l'on observe ce qui suit. D'abord l'affection est *indolente* ou n'occasionne qu'une *gêne* supportable; mais, quand la distension de l'organe a dépassé certaines limites, on observe ordinairement une *douleur* incessante, avec des exacerbations plus ou moins rapprochées.

Cet état, si l'on ne le fait pas cesser par l'introduction de la sonde, se termine par l'évacuation goutte à goutte de l'urine, sans que, pour cela, la vessie cesse d'être distendue. Il se passe alors ce qui se passerait si l'on introduisait dans un vase inerte à deux ouvertures, et déjà plein, une nouvelle quantité de liquide; le *trop-plein*, introduit par l'une, s'échapperait par l'autre : c'est ce qu'on a nommé uriner *par regorgement*. Ce qu'il y a néanmoins de remarquable dans cet état, c'est que, comme l'ont noté les auteurs, l'action d'évacuer l'urine n'est pas encore complétement soustraite à la volonté, en ce sens que l'écoulement peut être suspendu pendant un certain temps; mais cette suspension ne saurait être de longue durée, parce que l'accumulation du liquide et la distension de la vessie allant toujours en augmentant, sa sortie devient bientôt nécessaire.

Je n'indique ici ni le ténesme vésical, ni la douleur excessive, ni d'autres accidents de la rétention d'urine, parce qu'ils ne se produisent que dans les cas où quelque obstacle s'oppose au regorgement, et que par conséquent les faits de ce genre diffèrent de ceux que nous étudions.

Un symptôme nécessaire, et qui est un des plus importants de cette affection, est la tumeur qui se produit à l'hypogastre, et qui résulte de la distension de la vessie. Cette tumeur est indolente dans les cas dont il s'agit ici; à peine une pression un peu forte y détermine-t-elle un peu de sensibilité. Elle n'a jamais le degré de tension et de résistance que présente la vessie distendue par suite d'une rétention d'urine complète qui reconnaît pour cause un obstacle mécanique au cours de ce liquide. On peut au contraire la déprimer avec facilité, surtout si les parois de l'abdomen sont flasques, et assez souvent la *palpation*, convenablement exercée, y détermine une *fluctuation* manifeste. Nous verrons plus loin que ces signes ont donné lieu plusieurs fois à des erreurs de diagnostic.

La vessie peut s'élever jusqu'à l'ombilic et au-dessus, et si l'on cherche à saisir la partie supérieure du viscère, en l'embrassant avec la paume de la main, après avoir fortement déprimé la paroi abdominale avec le bord cubital de cette partie, on sent une *tumeur* globuleuse parfaitement distincte. Cette manœuvre a en outre pour effet d'augmenter un peu la sortie de l'urine, qui a eu lieu par regorgement.

La *percussion* sert en outre à faire reconnaître la dilatation de la vessie par l'urine. La matité est complète au-dessus des pubis, et s'étend jusqu'à une ligne courbe qui, passant à une distance variable de l'ombilic, circonscrit les limites du viscère distendu. Au delà, le son clair rendu par les intestins, et qui se retrouve de chaque côté dans les flancs et les fosses iliaques, à moins de complication, fait reconnaître qu'il s'agit d'une tumeur ayant pour ainsi dire sa racine à la partie moyenne du bassin, et de là s'épanouissant à droite et à gauche de la ligne médiane. On a en outre trouvé, vers la limite demi-circulaire de la tumeur, le son

humorique qui résulte, comme on le sait, de la juxtaposition d'un liquide et des gaz intestinaux.

Tels sont les symptômes de la paralysie essentielle de la vessie et de la rétention d'urine qu'elle occasionne ; les accidents locaux, les troubles généraux que cette rétention peut produire, appartiennent en propre aux cas où elle est la conséquence des divers obstacles mentionnés plus haut. Tout ce qu'il importe de dire ici, c'est qu'il n'est pas rare de voir le catarrhe vésical compléter cette affection.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison de la maladie.

En traçant l'histoire des symptômes, j'ai dû suivre les divers degrés de l'affection, et par conséquent en indiquer la *marche*. Je me borne à rappeler que, dans la paralysie par distension forcée des fibres de la vessie, la maladie se produit brusquement et ne tarde pas à disparaître, tandis que, dans les autres cas, la marche est très lente, et presque toujours l'affection devient permanente. Il en résulte que la *durée*, qui dans le premier cas peut n'être que de quelques jours, n'a le plus souvent d'autre terme, dans le second, que la vie même des sujets.

La *terminaison* de la paralysie par simple distension est toujours heureuse, à moins qu'il ne survienne une inflammation très aiguë qui peut causer la mort ; mais les cas de ce genre sont très rares. Dans la seconde espèce de paralysie, la guérison a été quelquefois obtenue lorsqu'on a pu traiter la maladie à une époque rapprochée du début ; mais le plus souvent l'affection devient permanente, et les sujets en sont réduits à ne plus uriner qu'avec l'aide de la sonde.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les *lésions anatomiques* ne doivent pas nous arrêter longtemps. J'ai déjà signalé un certain degré de catarrhe chronique qui laisse les altérations décrites dans un des articles précédents. Par suite de la distension de la vessie, il existe un amincissement de ses parois. C'est du moins ce qui a été indiqué par les auteurs, et l'on n'a pas signalé l'hypertrophie qui résulte ordinairement de la dilatation des organes creux ; ce qui du reste n'a rien d'étonnant, car la paralysie des fibres a empêché leur réaction, qui paraît nécessaire pour la production de cette hypertrophie. Reconnaissons toutefois que les recherches sont insuffisantes à cet égard.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Lorsque la sortie de l'urine a lieu par regorgement, le diagnostic est des plus simples ; mais on peut être appelé, et c'est même le cas le plus ordinaire, avant que cette évacuation par regorgement ait commencé, et la tumeur qui résulte de la distension de la vessie peut être prise soit pour une ascite, soit pour une tumeur utérine, et principalement pour l'*hydrométrie* et la *physométrie*.

Il est une règle de pratique bien simple et qui suffit pour rendre toute erreur impossible : c'est celle d'introduire une sonde dans la vessie toutes les fois qu'il peut y avoir le moindre doute sur la nature de la tumeur. Il est arrivé plusieurs fois que cette introduction de la sonde, pratiquée par le chirurgien appelé pour faire la *paracentèse*, a fait reconnaître l'erreur et empêché une opération dont il est inutile de signaler les conséquences funestes en pareil cas. Il vaut beaucoup

hypogastrique. Sans pouvoir indiquer d'une manière précise quel est le degré d'efficacité de ces moyens, on ne saurait s'empêcher de leur accorder un certain degré de confiance, à cause de l'unanimité avec laquelle ils ont été recommandés.

Moyens hygiéniques. On doit s'attacher particulièrement à faire observer une bonne hygiène ; car, dans la cystite chronique, le plus petit écart peut avoir des résultats très fâcheux. Le malade doit se *couvrir le corps de flanelle*, *éviter* soigneusement le *froid* et l'*humidité*, faire tous les jours un assez grand *exercice*, non seulement pour exciter la sécrétion de la peau, mais encore pour éviter la stagnation des liquides dans la vessie, qui a lieu chez les sujets dont la vie est trop sédentaire.

Quant au *régime*, il devra être doux et léger, et l'on proscrira sévèrement les boissons alcooliques, les mets trop épicés, en un mot tout ce qui pourrait exciter trop vivement les voies génito-urinaires. L'usage des *bains* assez fréquemment répétés sera également conseillé.

Résumé. Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur ce traitement assez riche, nous voyons que les moyens dans lesquels il est permis d'avoir le plus de confiance sont l'emploi des injections médicamenteuses, l'usage des balsamiques, les eaux sulfureuses, les irritants de la peau, les exutoires, et enfin les soins hygiéniques. Reste toujours néanmoins un travail important à faire : c'est celui qui nous apprendrait quels sont, dans un cas donné, ceux de ces moyens auxquels il faut avoir recours de préférence. Voici du reste comment M. Civiale (1) expose le traitement de la cystite chronique, et ce sera là un résumé presque complet de tout ce qui vient d'être dit :

« Les moyens à employer dans le traitement du catarrhe vésical chez les vieillards consistent, dit cet auteur, à diminuer la sensibilité de l'urètre si le malade est très irritable, à faciliter l'écoulement de l'urine, à empêcher l'accumulation et le séjour des mucosités dans la vessie, à changer les propriétés vitales de ce viscère, à rappeler l'irritation à l'extérieur. C'est par la sonde que l'on facilite l'écoulement de l'urine et des glaires, et que l'on remplace ces liquides irritants par des injections et des irrigations d'abord adoucissantes, que l'on rend toniques (balsamiques, sulfureuses, etc.), à mesure que l'irritabilité diminue. Lorsqu'on est parvenu à rétablir la contractilité de la vessie, à rendre les urines limpides, on a recours à quelques dérivatifs ; les douches froides sur le périnée et l'hypogastre, les frictions sèches et aromatiques produisent d'heureux résultats. »

Ce que j'ai dit plus haut de l'impossibilité où nous nous trouvons d'indiquer le meilleur traitement dans un cas donné fera comprendre pourquoi je ne présente pas ici des ordonnances, qui supposeraient nécessairement ces indications précises.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Cystite aiguë.* Émissions sanguines ; bains ; applications émollientes ; narcotiques.

2° *Cystite chronique.* Émissions sanguines ; narcotiques ; baume de copahu ; injections de copahu ; lavements de copahu ; térébenthine ; injections de goudron ; eaux sulfureuses ; injections diverses ; carbonate de magnésie ; alun. *Moyens externes :* Frictions, vésicatoires ; séton. *Moyens hygiéniques :* Régime, bains.

(1) *Journal hebdomadaire de médecine*, mars 1829.

ne se fait pas sans difficulté. Les caractères indiqués par M. Civiale pour les deux cas viennent ensuite compléter ce diagnostic.

Chez quelques femmes hystériques, on observe une rétention d'urine qui exige l'emploi journalier de la sonde. On pourrait croire à une rétention par paralysie; mais, lorsqu'on sonde les malades, on s'assure que le liquide sort par jet jusqu'à la dernière goutte. Il n'y a donc pas, en pareil cas, une véritable paralysie, mais une perturbation nerveuse dont il suffira de parler à l'article *Hystérie*.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la rétention d'urine par paralysie de la vessie, et de l'hydropisie ascite.*

RÉTENTION D'URINE.	ASCITE.
Niveau du liquide formant une courbe à *convexité* supérieure; son clair des intestins *autour* de cette ligne.	Niveau du liquide formant une courbe à *concavité* supérieure; son clair des intestins *au dedans* de cette ligne.
Par le changement de position du malade, les rapports de la matité et de la sonorité *ne changent pas notablement.*	Par le changement de position du malade, on fait *varier le niveau du liquide;* la matité se porte vers les parties déclives, et la sonorité gagne les parties supérieures.
Fluctuation *limitée; moins facile à produire.*	Fluctuation *d'un flanc à l'autre* très *facile à produire* (1).

2° *Signes distinctifs de la rétention d'urine et de la physométrie.*

RÉTENTION D'URINE.	PHYSOMÉTRIE.
Son *mat* de la tumeur.	Son *clair* de la tumeur.
Maladie *fréquente.*	Maladie *fort rare.*

3° *Signes distinctifs de la rétention d'urine, suite de paralysie, et de l'hydrométrie.*

RÉTENTION D'URINE.	HYDROMÉTRIE.
Tumeur *plus molle*, plus facile à déprimer.	Tumeur *plus ferme*, plus résistante.
Par le toucher vaginal, on constate l'*état normal* de l'utérus.	Par le toucher vaginal, on constate l'*ascension du col* et la *pesanteur du corps de* l'utérus.
Par le toucher rectal, on constate le *volume normal* de l'utérus.	Par le toucher rectal, on constate l'*augmentation considérable de volume* du corps de l'utérus.

Il faut répéter ici que, dans tous les cas, le cathétérisme, dont les résultats sont si concluants, doit être pratiqué.

4° *Signes distinctifs de la rétention d'urine par paralysie de la vessie, et de la rétention causée par le gonflement de la prostate.*

RÉTENTION D'URINE PAR PARALYSIE.	RÉTENTION D'URINE SUITE DE TUMEUR DE LA PROSTATE.
Cathétérisme *facile avec les sondes de toutes les courbures.*	Cathétérisme exigeant une *sonde d'une assez forte courbure*, et présentant une certaine *difficulté.*
Après l'introduction de la sonde, les premières colonnes du liquide *sont seules projetées;* le reste s'écoule en bavant.	Après l'introduction de la sonde, le liquide est *projeté jusqu'à la fin;* les dernières colonnes seulement sont projetées moins loin.
La contraction des muscles abdominaux ou la pression sur le ventre produisent un *jet qui s'arrête dès que ces actions cessent.*	La contraction des muscles abdominaux et la pression sur le ventre *sont inutiles.*

(1) On n'oublie pas qu'il ne s'agit que de l'ascite un peu considérable, qui seule peut être confondue avec la maladie décrite dans cet article.

quentes, souvent abondantes, et plus tard l'urine est chargée d'un *dépôt* de couleur *grisâtre*, *brunâtre*, ordinairement très *fétide*.

Si alors on pratique le cathétérisme, on peut, en portant l'extrémité de la sonde sur les divers points des parois de la vessie, reconnaître que sa *capacité a diminué de volume*, qu'elle est *inégale*, *inextensible*, et ces manœuvres déterminent ordinairement l'écoulement d'une petite quantité de sang.

Enfin les *symptômes généraux* propres aux divers cancers, et qui avaient commencé le plus souvent avant que la vessie fût affectée, prennent dès ce moment un accroissement plus rapide; il survient des *perforations* plus ou moins considérables de la vessie, l'urine peut s'écouler par le rectum, le vagin, et le malade succombe inévitablement dans un état de marasme ordinairement très prononcé.

Le *traitement* ne peut par conséquent être que palliatif: l'emploi répété de la *sonde*, pour ne pas laisser stagner les humeurs ichoreuses dans la vessie, des *injections émollientes*, l'administration de l'*opium* à l'intérieur pour calmer les douleurs, tels sont les moyens qu'on prescrit particulièrement pour calmer les symptômes produits par le cancer. Quant aux autres, ils sont ceux que l'on dirige contre le cancer en général.

ARTICLE V.

INCONTINENCE D'URINE.

L'incontinence d'urine est une affection qui a été nécessairement connue de toute antiquité, puisque le symptôme presque unique qui la caractérise ne peut échapper à la plus légère observation; aussi tous les auteurs en ont-ils parlé.

Pour la description de cette maladie, on a proposé des divisions assez nombreuses. Ainsi Borsieri distingue l'*incontinence d'urine chez les enfants*, *l'incontinence d'urine paralytique*, *spastique*, *calculeuse*, *primitive*, *secondaire*, *idiopathique*, *symptomatique*. Chacune de ces divisions présente, en effet, un certain intérêt. Cependant cet intérêt n'est pas assez grand pour qu'on examine à part et en grand détail chacune de ces espèces.

On a, dans ces derniers temps, proposé de diviser tout simplement l'incontinence d'urine en *complète* et en *incomplète*. — La première serait caractérisée par un écoulement continuel de l'urine, et la seconde par l'émission de ce liquide à des intervalles plus ou moins éloignés.

M. Mondière (1) distingue trois espèces différentes. « Dans la *première forme*, dit-il, l'excrétion de l'urine est entièrement soustraite à l'empire de la volonté, et se fait d'une manière continue : ce liquide s'échappe goutte à goutte et au fur et à mesure que, conduit par les uretères, il arrive dans la vessie.....

» Dans la *seconde forme*, l'écoulement a bien encore lieu goutte à goutte, mais il est précédé de la rétention et de l'accumulation de l'urine dans la vessie, et le liquide s'échappe alors, comme on le dit, par regorgement.....

» Dans la *troisième*, ce n'est plus d'une manière continue que l'écoulement de l'urine a lieu, mais bien à des intervalles plus ou moins éloignés et par jet, comme à l'état physiologique; seulement il est involontaire. »

(1) *Mém. sur l'incontinence d'urine* (*Presse méd.*, mars 1837).

convénient de prolonger les souffrances des malades; elle contribue encore à rendre la maladie incurable, en exposant les parois de la vessie à une distension excessive. On sait que cette distension est capable seule de produire la paralysie de cet organe; à plus forte raison elle doit l'augmenter lorsque cette paralysie existe déjà...

» *On ne saurait donc avoir recours trop tôt à la sonde* dans la rétention d'urine causée par la paralysie de la vessie. Cet instrument pénètre d'autant plus facilement, que, pour l'ordinaire, l'urètre est alors fort large; mais comme, chez les vieillards, les parois de ce canal sont dans une espèce de flaccidité, une *grosse sonde* entre plus facilement et cause moins de douleur qu'une sonde d'un petit diamètre. On peut se servir d'une *algalie d'argent* ou d'une *sonde de gomme élastique* : cette dernière est préférable, parce qu'il faut la laisser dans la vessie, pour empêcher que l'urine ne s'y amasse de nouveau, ce qui ne manquerait pas d'arriver si l'on discontinuait l'usage de la sonde. Quelques uns croient qu'il vaut mieux la passer chaque fois que le malade a besoin d'uriner; mais ce besoin se renouvelle si souvent, qu'il serait à craindre que l'urètre ne se fatiguât ou que le chirurgien ne pût donner au malade les soins assidus que son état exige...

» Lorsque (continue cet auteur, auquel je dois emprunter ces détails parce qu'il a exposé le traitement avec tout le soin désirable) la sonde est placée dans la vessie et fixée..., si la région de ce viscère est douloureuse, s'il y a de la fièvre, on fait une *saignée du bras ;* dans tous les cas, on prescrit les *boissons délayantes*, rafraîchissantes et *légèrement diurétiques*. On débarrasse le gros intestin au moyen de *lavements*, et l'on règle le *régime* du malade d'une manière relative à la situation où il se trouve.

» *On donne issue aux urines* en débouchant la sonde *toutes les deux ou trois heures*, suivant qu'elles sont plus ou moins abondantes et que le besoin de les rendre est plus ou moins pressant. Il ne faut pas cependant attendre toujours cet avertissement, parce que la vessie, étant en général moins sensible alors que dans l'état naturel, se laisse quelquefois distendre outre mesure avant de faire naître l'envie d'uriner, et sa distension forcée l'empêche de reprendre sa contractilité. *On retire la sonde* tous les dix, douze ou quinze jours pour la nettoyer et pour prévenir son incrustation. Lorsqu'on s'aperçoit que la surface commence à perdre son poli et à devenir raboteuse, on lui en substitue une autre. »

Boyer ajoute que si l'introduction de la sonde est impossible, on ne doit pas hésiter à pratiquer la *ponction de la vessie*, et il dit même que la seule fois qu'il ait eu occasion de faire cette opération, c'est dans un cas de rétention d'urine par paralysie de la vessie. Mais on a élevé des doutes sur la nature de la maladie en pareil cas, et avec raison, car comment concevoir que la sonde ne puisse pas pénétrer s'il n'y a pas un obstacle qui l'arrête dans l'étendue du canal? Tout porte à croire qu'il s'agissait d'une rétention d'urine causée par une tumeur de la prostate, affection que, comme nous l'avons vu plus haut, Boyer n'avait pas appris à distinguer suffisamment de la rétention par paralysie. Les détails du fait viennent d'ailleurs à l'appui de cette opinion, car l'obstacle et la douleur existaient à la région prostatique.

Électricité. M. Michon (1) a cité des cas dans lesquels la paralysie de la vessie,

(1) *Séances de la Soc. de chirurgie*, 11 avril 1849.

On a généralement dit que l'incontinence d'urine intermittente affecte principalement les enfants *faibles* et de *constitution lymphatique ;* mais M. Mondière, qui a étudié les faits sous ce rapport, a noté, au contraire, que les sujets affectés de cette incommodité étaient tous forts, avaient les chairs fermes, et ne présentaient aucun attribut de la constitution lymphatique. C'est donc une cause que la théorie et non l'observation a fait admettre.

2° Causes occasionnelles.

On a vu l'incontinence d'urine permanente survenir à la suite d'un grand nombre de causes : et d'abord à la suite des *lésions du cerveau et de la moelle épinière* (apoplexie, ramollissement, etc.) qui déterminent la paralysie du sphincter. On a vu également des *tumeurs* développées dans le bassin rendre impossible la distension de la vessie par l'urine, et occasionner ainsi un écoulement involontaire continuel ; mais les cas de ce genre sont assez rares. Les *lésions organiques de la vessie*, lorsqu'elles sont très étendues ou qu'elles intéressent les fibres du sphincter de manière à en empêcher la contraction, s'accompagnent d'incontinence d'urine.

On a cité les *excès vénériens*, la *masturbation*, l'*abus des aphrodisiaques*, des *diurétiques;* et, dans ces diverses circonstances, en effet, l'incontinence d'urine se développe parfois; mais n'a-t-on pas assez souvent pris pour des relations de cause à effet de simples coïncidences ?

A la *fin d'un assez grand nombre de maladies*, l'urine est rendue involontairement, surtout pendant l'agonie; mais ce phénomène, qui mérite d'être noté dans l'histoire de ces diverses maladies, n'a pas d'intérêt réel pour le praticien quand on le considère à part.

Restent maintenant certaines émissions involontaires de l'urine qu'il suffit de mentionner, parce qu'elles peuvent être considérées plutôt comme de simples accidents incommodes que comme de véritables maladies. Ainsi l'urine est rendue involontairement *chez les femmes au dernier degré de la grossesse* ou *pendant le travail de l'accouchement.* Dans les *violentes émotions*, dans l'*asphyxie*, dans les *convulsions*, etc., on observe également assez souvent une émission involontaire de l'urine ; mais ce phénomène, qui ne se renouvelle pas ou qui ne se reproduit que dans les mêmes circonstances, ne mérite pas que nous nous y arrêtions plus longtemps.

Quant à l'incontinence d'urine qui, ayant lieu à des intervalles plus ou moins éloignés, se reproduit pendant un long espace de temps, qui exige un traitement particulier, et qui, par conséquent, nous intéresse d'une manière toute particulière, on peut dire que nous n'en connaissons véritablement pas les causes occasionnelles. Nous avons vu plus haut qu'elle était une affection de l'enfance quoiqu'elle puisse se prolonger au delà de la puberté. Elle se manifeste principalement pendant le sommeil, et tout porte à croire que la *profondeur du sommeil* chez les enfants est ce qui les empêche de sentir le besoin d'uriner, de telle sorte que l'irritation qui est produite par la distension de la vessie, et qui en détermine la contraction sans qu'ils en aient la conscience, est la seule cause qu'il faille invoquer. Plus tard cette émission involontaire devient, pour ainsi dire, une habitude invétérée qu'il est souvent très difficile de faire disparaître.

M. Mondière regarde comme cause principale de cette affection, non pas l'atonie de tout l'organisme, ainsi que nous l'avons fait remarquer plus haut, mais l'*atonie bornée à la vessie.* Il faut toutefois reconnaître que l'existence de cette atonie partielle est admise par simple induction et n'est pas parfaitement démontrée ; car si, d'un côté, nous pouvons dire que le sphincter de la vessie a perdu de sa force de résistance, de l'autre nous voyons que le corps de l'organe a conservé sa puissance de contraction, puisque l'urine est encore rendue par jets, comme l'a noté M. Mondière lui-même. L'atonie ne porterait donc que sur une seule partie de la vessie, ce qui est difficile à concevoir. L'explication que j'ai donnée plus haut me paraît plus simple et plus naturelle.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de l'incontinence d'urine se réduisent presque complétement à l'émission involontaire de l'urine ; ainsi on n'observe aucune douleur, et si l'on examine l'hypogastre *dans les cas d'incontinence permanente*, on ne trouve ni tumeur, ni matité du son, ni rien, en un mot, qui indique la distension de la vessie ; si, en outre, on introduit une sonde, on ne voit pas s'écouler la grande quantité d'urine qui annonce qu'avant de sortir goutte à goutte ce liquide s'est accumulé de manière à distendre considérablement l'organe. Si le contraire avait lieu, on aurait affaire à une rétention suivie de l'issue de l'urine par regorgement.

Au bout d'un certain temps il survient sur le scrotum et sur les cuisses des *rougeurs érythémateuses*, des *ulcérations*, avec endurcissement et épaississement de la peau ; mais ces lésions ne sont qu'une conséquence de la maladie, et sont dues au contact continuel d'un liquide irritant sur ces parties.

L'*incontinence intermittente* a lieu ordinairement *pendant le sommeil ;* quelquefois, néanmoins, on l'observe pendant la veille, mais alors elle est due soit aux secousses brusques dont nous avons parlé, soit à la compression de la vessie par une tumeur quelconque, et ne constitue qu'un simple accident ou une maladie secondaire à laquelle le médecin ne peut opposer directement que des moyens palliatifs. Cependant il est une remarque à faire à ce sujet : c'est que les émotions, les secousses qui, en général, ne seraient pas suffisantes pour l'évacuation involontaire de l'urine dans un état de santé parfaite, le deviennent dès que le sphincter de la vessie commence à se paralyser. Sous ce rapport, l'émission involontaire de l'urine devient un symptôme d'une grande importance ; car, dans les cas de ce genre, on voit ordinairement l'incontinence, d'abord intermittente, devenir ensuite permanente, la paralysie du sphincter faisant sans cesse des progrès.

L'incontinence qui a lieu pendant le sommeil est celle qui se produit chez les enfants, et se continue pendant un temps plus ou moins long. Cette incommodité ne présente aucun autre symptôme que l'émission involontaire elle-même.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est différente, suivant qu'on a affaire à l'incontinence d'urine permanente ou à l'incontinence intermittente dont j'ai eu si souvent occasion de signaler les dissemblances. La première arrive plus ou moins lentement à son plus haut degré, de telle sorte qu'au début elle peut être intermittente, le sphincter de la vessie ayant encore assez de résistance pour retenir l'urine jusqu'à ce qu'elle

soit accumulée en certaine quantité, et les lésions qui s'opposent à la contractilité du corps de cet organe ne se produisant que lentement. Puis arrive le moment où l'urine s'échappe goutte à goutte à mesure qu'elle est versée par les uretères ; alors la maladie reste stationnaire. La seconde reste ordinairement ce qu'elle était au début, sauf quelques améliorations passagères, le sujet pouvant être un temps plus ou moins long sans avoir d'évacuations involontaires.

La *durée* de l'incontinence permanente est aussi longue que la vie des malades. Celle de l'incontinence intermittente est très variable ; très souvent, en effet, on ne l'observe que pendant une petite partie de la seconde enfance ; et parfois, ainsi que M. Mondière en a cité plusieurs exemples, elle se prolonge au delà de la puberté.

La *terminaison* de la première est due ordinairement aux progrès des maladies graves qui l'ont occasionnée. Les malades, comme je viens de le dire, succombent avec cette incommodité.

Dans la très grande majorité des cas, l'incontinence intermittente se termine par la guérison, à moins qu'elle ne soit le début d'une incontinence permanente, c'est-à-dire qu'elle ne soit occasionnée par la paralysie du sphincter ou par une altération organique de la vessie. Cependant on a rapporté quelques faits dans lesquels cette infirmité n'a eu d'autre terme que celui de la vie, et c'est ce qui a donné lieu à cette opinion assez générale, que si l'incontinence se prolonge au delà de la puberté, elle est ordinairement incurable. Mais nous verrons plus loin que cette manière de voir n'est pas fondée sur les faits, et qu'en ayant recours à un bon traitement, il est permis de compter sur une terminaison heureuse.

§ V. — Lésions anatomiques.

J'insisterai très peu sur ce point. Je me contenterai de dire que dans l'incontinence permanente on a trouvé des lésions de la moelle épinière, du cerveau, de la vessie, qui ont expliqué la paralysie du sphincter, ou bien le défaut de contractilité et l'inextension permanente de l'organe, suivant les cas. Dans les cas d'incontinence intermittente due à des convulsions, à la grossesse, etc., l'explication se trouve dans la perturbation du système nerveux, dans la compression de la vessie, etc. Enfin l'incontinence intermittente proprement dite ne présente absolument aucune lésion, ce qui a fait imaginer l'existence d'une atonie générale ou partielle.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Le *diagnostic* n'offre un certain intérêt qu'au début de l'incontinence permanente. Ainsi lorsqu'on voit les malades rendre involontairement leurs urines à des intervalles variables, on peut se demander s'il s'agit d'une paralysie simple et partielle de la vessie, ou d'une paralysie développée sous l'influence soit d'une lésion grave des centres nerveux, soit d'une maladie organique. Telles sont les questions que le praticien doit se poser, et c'est en recherchant les signes des affections que je viens de signaler qu'il arrivera à un diagnostic positif qui n'est pas sans importance, puisque la gravité de la maladie est très différente suivant les différents cas. Quant à l'incontinence intermittente proprement dite, elle ne présente aucune difficulté sous ce rapport.

Ce que j'ai dit plus haut de la terminaison de la maladie me dispense d'entrer

dans de nouveaux détails sur le *pronostic*. J'ajouterai seulement ici que de toutes les espèces d'incontinence d'urine, celle qui est produite par une lésion organique de la vessie est la plus fâcheuse.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de l'incontinence d'urine complète ou permanente n'exige quelques moyens curatifs qu'à son début et lorsque la permanence ne s'est pas encore établie; mais, il faut le dire, ces moyens ont bien peu de chances de succès, et, quoi qu'on fasse, on voit ordinairement la maladie faire des progrès et arriver au point où le liquide, ne pouvant plus s'accumuler dans son réservoir, s'écoule goutte à goutte. Cependant on ne doit pas complétement désespérer; car on a vu, quoique bien rarement, le traitement être suivi de succès, ou du moins enrayer la marche de la maladie. Voici comment s'exprime Boyer à ce sujet :

« Le traitement de l'incontinence d'urine incomplète (c'est-à-dire de celle qui n'a pas encore atteint son plus haut point d'intensité) est toujours subordonné à la cause qui la produit : lorsqu'elle dépend de l'atonie du sphincter et du col de la vessie, on lui oppose les remèdes propres à réveiller l'action de ces parties. *A l'extérieur*, on emploie les *bains de siége par immersion dans l'eau froide*, les applications *froides*, *spiritueuses*, *balsamiques*, *aromatiques sur le périnée*; les *lavements* avec la décoction de *quinquina* et le *camphre ;* les *vésicatoires volants* à la région du sacrum et à l'hypogastre. *A l'intérieur*, on donne le *quinquina* et tous les autres remèdes propres à fortifier les organes relâchés. On a quelquefois employé la *teinture de cantharides* à la *dose de dix*, *quinze*, *vingt gouttes* administrées dans l'*eau pure* ou dans la *décoction de graine de lin deux fois par jour*. Mais on doit peu compter sur ces remèdes lorsque la maladie est ancienne et le malade fort avancé en âge.

» Quand l'incontinence d'urine incomplète reconnaît pour cause l'exaltation de la sensibilité et de la contractilité de la vessie, on doit employer les moyens propres à combattre cette disposition pathologique, tels que les *bains*, les *lavements émollients et anodins*, les *boissons mucilagineuses*, l'*opium*, un *régime doux*.

» Si l'excès de l'irritabilité de la vessie est le produit de quelque vice acrimonieux, rhumatismal, par exemple, on emploie les moyens propres à le combattre et ceux qui peuvent éloigner son action de la vessie. Ainsi on conseillera les *boissons mucilagineuses* et *diaphorétiques*, comme l'*infusion légère de bourrache*, *de graine de lin*, les *bains tièdes*, les *frictions sèches*, les *vêtements de flanelle*, un *régime doux*, le *repos*. Si ces moyens ne suffisent pas, on appliquera un *vésicatoire à la région du pubis*, ou bien aux jambes ou aux bras; on en *maintiendra la suppuration* pendant plusieurs mois, et s'il a produit de bons effets, on le remplacera par un *cautère*.

» Dans l'incontinence d'urine produite par un corps étranger contenu dans la vessie, par une affection organique de ce viscère ou des parties environnantes, les secours de l'art doivent être dirigés contre l'affection dont le flux involontaire de l'urine est l'effet. Heureux lorsque cette affection est accessible à nos moyens. »

La *noix vomique*, dont il n'est pas fait mention dans ce traitement, est cependant le moyen auquel on doit les cas de guérison les plus remarquables et les

moins contestables. Je me contenterai de citer ici celui qu'ont rapporté MM. Trousseau et Pidoux (1), et dans lequel il s'agit d'une incontinence d'urine fort grave, puisqu'elle était survenue à la suite d'une chute d'un lieu élevé, qui avait produit une paraplégie et la paralysie de toutes les parties contenues dans le bassin. Il est à désirer que les exemples se multiplient, afin qu'on puisse apprécier plus rigoureusement quelle est, en pareil cas, la part qu'il faut attribuer au traitement et celle qui appartient aux efforts de la nature.

Le peu d'efficacité de ce traitement, reconnu par Boyer et par tous les auteurs qui se sont occupés de cette question, m'a engagé à ne pas entrer dans de plus grands détails; nous allons, au reste, les retrouver dans le traitement de l'incontinence d'urine intermittente proprement dite, à laquelle Boyer donne le nom d'*incontinence nocturne*, et contre laquelle ils agissent bien mieux. J'ajouterai seulement qu'on peut recourir aussi à l'*électricité* dont je parlerai en détail à propos de la *rétention d'urine.*

Traitement de l'incontinence d'urine intermittente proprement dite. Ce traitement a presque exclusivement fixé l'attention de M. Mondière, et son exposé constitue la plus grande partie du mémoire qu'il a publié et que j'ai déjà cité. Dans ce travail, presque toutes les questions thérapeutiques importantes qui se rattachent à notre sujet ont été discutées avec soin, et c'est pourquoi je lui emprunterai le plus grand nombre des considérations qui vont suivre.

Moyens moraux. M. Mondière proscrit avec raison tous les moyens qui consistent à effrayer fortement les enfants, à leur faire faire des actes qui les dégoûtent profondément, et qui peuvent avoir sur eux les effets les plus funestes. Je ne crois pas, par conséquent, devoir mentionner ces moyens vulgaires, qui passent, il est vrai, pour avoir été efficaces, mais en faveur desquels, ainsi que le fait remarquer l'auteur que je viens de citer, aucun fait concluant ne dépose en réalité.

Quant aux moyens qui consistent à *faire honte* aux enfants, surtout devant leurs camarades, à leur infliger les punitions qu'on inflige à cet âge, ils n'ont pas les mêmes inconvénients, et sont mis ordinairement en usage avant qu'on ait recours au médecin. Or cette seule réflexion prouve combien ils ont peu d'efficacité dans la plupart des cas. Ce qu'on ne doit pas oublier, c'est que l'enfant qui urine la nuit, dans son lit, urine involontairement, par un acte automatique, et que par conséquent il ne saurait en aucune manière prévenir cet acte dont il n'est pas averti. S'il y a de sa part une certaine paresse, ce dont il est difficile de s'assurer, ces moyens seront nécessairement plus efficaces; ils le seront davantage encore chez les sujets qui ont passé l'âge de la puberté; mais, en somme, ils sont le plus souvent insuffisants. Réveiller plus ou moins fréquemment l'enfant pour le faire uriner, et tâcher par ce moyen de lui faire prendre l'habitude de se réveiller lui-même, c'est donc, à peu près, tout ce qu'il est permis de tenter.

1° *Médication interne.* — *Belladone.* M. le docteur Morand (2) a eu l'idée de traiter l'incontinence d'urine nocturne chez les enfants par la *belladone*, et il a cité des faits très concluants en faveur de ce médicament qui agit, sans doute, en rendant

(1) *Traité de thérapeutique*, 2ᵉ édit., t. Iᵉʳ, p. 791.

(2) *Mém. sur l'incont. d'urine* (*Bull. gén. de thér.*, 1845, p. 572; et *Journ. de méd.*, de M. Trousseau, novembre 1845).

moins pressant le besoin d'uriner, de telle sorte qu'au bout d'un certain temps les sujets s'habituent à conserver leurs urines toute la nuit.

Après lui, MM. Bretonneau, Blache et Trousseau (1) ont mis en usage le même moyen avec succès.

Voici comment la belladone a été administrée par M. Trousseau chez une jeune fille de cinq ans :

℞ Poudre de belladone....	0,10 gram.	Extrait de belladone.....	0,05 gram.

F. s. a. 10 pilules.

La première semaine, une de ces pilules chaque soir.

La seconde semaine, deux pilules le soir.

La troisième semaine, une seule pilule.

Après la guérison, reprendre de loin en loin le traitement pendant une semaine.

Suivant M. Morand (2), la *jusquiame noire* et le *datura stramonium*, administrés aux mêmes doses et de la même manière que la belladone, produisent des effets analogues.

Toniques. Nous avons vu que la maladie a été attribuée généralement à un état d'atonie des jeunes sujets. Or, que l'on considère cette atonie comme générale ou comme partielle, on est naturellement porté à employer la médication tonique. Guersant recommande le *vin*, la décoction de *gentiane jaune*, celle de *quinquina* ; mais ce médecin n'a recours à cette médication que lorsque l'incontinence ne lui paraît pas rebelle, c'est-à-dire dans les cas où l'on doit penser que la maladie tend spontanément à la guérison. Je pourrais citer un grand nombre d'auteurs qui ont parlé en faveur de la médication tonique ; mais une réflexion faite par M. Mondière montrera combien il serait inutile d'entrer dans de grands détails à ce sujet. « Nulle part, dit cet auteur, nous n'avons trouvé un seul cas de guérison par l'emploi seul des amers et des toniques. »

Une *alimentation fortifiante*, composée principalement de viandes noires et grillées, est prescrite en même temps que l'usage des toniques ; mais elle n'a pas, d'après les faits, de plus grands avantages.

Ferrugineux. Il est bien rare qu'en même temps qu'on emploie les toniques proprement dits, on ne mette pas en usage les ferrugineux pour compléter la médication. C'est ainsi que Guersant recommande d'associer au quinquina l'*oxyde noir de fer* à la dose de 4 à 8 grammes par jour ; que le docteur Meissner associe la *limaille de fer* aux cantharides dont nous allons parler tout à l'heure ; que le *sous-carbonate de fer* a été donné dans un cas avec succès par M. Imbert (3), et que M. Mondière a obtenu le même résultat chez un chlorotique, en associant ce dernier médicament à d'autres toniques dans la formule suivante :

℞ Quinquina rouge concassé..	8 gram.	Camomille romaine.......	15 gram.
Gentiane jaune coupée....	12 gram.	Sous-carbonate de fer.....	45 gram.

Faites macérer à froid, pendant quarante-huit heures, dans un litre de bon vin blanc. Dose : 60 grammes matin et soir. Il faut mettre un linge sur l'ouverture de la bouteille pour verser le liquide dans le verre.

(1) *Union médicale*, 14 oct. 1848.
(2) *Union méd.*, mardi 23 janv. 1849.
(3) Voy. PÉROUSE, *Quelques consid. sur l'incontinence d'urine* ; Thèse, Paris, 1834.

Il résulte de ces faits que l'emploi des ferrugineux a plus d'avantages que celui des autres toniques. Cependant il faut se garder de leur accorder une trop grande confiance ; car les cas sont très nombreux où ils ont été administrés sans succès, ou sans autre effet qu'une amélioration passagère. Lorsque l'incontinence d'urine complique la *chlorose*, comme dans le cas rapporté par M. Mondière, cette médication est plus particulièrement indiquée.

Astringents. Assimilant l'incontinence d'urine à certains flux, plusieurs médecins ont imaginé de la traiter par les astringents. Je ne citerai ici que le *ratanhia*, pour mentionner un fait de guérison rapporté par M. Roth (1) et indiqué par M. Mondière. L'emploi des autres astringents paraît avoir, il est vrai, réussi quelquefois ; mais cela ne suffit pas pour faire admettre leur efficacité d'une manière générale. N'oublions pas, en effet, que l'incontinence d'urine nocturne tend presque toujours naturellement à la guérison ; qu'il faut, par conséquent, étudier surtout le traitement dans les cas où il est prouvé que la maladie est devenue enracinée, et que si l'on tient compte de tous les faits, on ne doit regarder ceux qu'on est appelé à observer chez les jeunes enfants que comme d'une valeur douteuse, à moins qu'on n'en ait un grand nombre. Enfin, dans cette affection comme dans toutes les autres, des faits isolés semblables à ceux que nous venons de mentionner ne suffisent pas pour qu'on puisse porter un jugement définitif; ils nous engagent seulement à mettre en usage la même médication dans des circonstances qui nous paraissent semblables.

Cantharides. L'emploi des cantharides, indiqué par l'action spéciale de cette substance sur la vessie, a été maintes fois suivi de guérison. Voici, à ce sujet, ce que nous apprend M. Mondière : « En 1781, M. Léger (2), maître en chirurgie à Paris, a publié trois observations d'incontinence d'urine guérie par l'usage interne de la poudre de cantharides. Il prescrivit, chez *une malade âgée de vingt-quatre ans* (3):

℞ Mouches cantharides.... 0,30 gram. | Extrait de bourrache....., 8 gram.

Divisez en vingt-quatre doses. A prendre une tous les soirs.

» 18 grains (0,90 grammes), ajoute M. Mondière, furent nécessaires. Des deux autres malades, qui étaient sœurs, l'une avait quinze et l'autre treize ans; elles furent parfaitement guéries. Richter, Baumes ont également réussi par ce moyen...

» M. Morillon (4) a également guéri par les cantharides une jeune fille de vingt-deux ans, atteinte depuis sept ans d'une incontinence d'urine. Cette fille était forte et bien réglée. Le traitement dura quinze jours, et consista, matin et soir, en une pilule composée d'un *quart de grain* de cantharides en poudre et d'un *extrait amer*. »

J'ajoute que beaucoup d'autres auteurs ont préconisé les cantharides; mais je me contente de présenter ici une formule proposée par le docteur Popta (5), et qui eut un plein succès dans un cas :

(1) *Bibliothèque médicale*, t. LXVII.
(2) *Ancien Journ. de méd.*, t. LV.
(3) Qu'on fasse attention à cet âge, car il ne faudrait pas donner invariablement cette dose, mais la diminuer de *moitié*, ou des deux tiers et plus, chez les sujets moins âgés.
(4) *Journ. clin. de Lyon*, 1830.
(5) Voy. HARLESS, *Rhein. Jahrb.*, 1819.

℞ Cantharides en poudre... 0,50 gram.	Savon de Venise.......... 4 gram.
Camphre............. 0,50 gram.	

Mêlez. Faites 40 pilules. Dose : 1 à 2, trois fois par jour.

Une remarque générale à faire, c'est que ces diverses doses ont été données à des adultes, et que par conséquent chez les enfants de un à trois ans on ne devra prescrire qu'un sixième de ces quantités ; de trois à sept ans un tiers, et à quatorze ans la moitié. C'est là ce qu'il ne faut pas perdre de vue, attendu que l'affection ayant lieu communément chez les enfants, on pourrait commettre des méprises très graves.

Il vaudrait peut-être mieux n'administrer que la *teinture*, dont l'action irritante sur les voies digestives est moins forte. Cette préparation sera prescrite à la dose de dix à vingt gouttes par jour chez les *adultes*, de deux gouttes seulement chez les *enfants de un à trois ans*, et ainsi de suite dans les proportions que je viens d'indiquer.

Le docteur Kopp prescrit le mélange suivant :

℞ Teinture de cantharides.... 8 gram.	Teinture de baume du Pérou. 8 gram.

Dose : vingt-quatre gouttes du mélange, dans du vin, quatre fois par jour.

Peut-être cette dose paraîtra-t-elle un peu considérable.

Les cantharides ont encore été employées comme moyen externe. J'y reviendrai lorsqu'il sera question des divers moyens de ce genre.

Les succès obtenus à l'aide des cantharides sont, je le répète, assez nombreux pour qu'on ne puisse pas douter de l'efficacité de ce médicament ; mais nous verrons plus loin qu'il en est un plus efficace encore.

Sabine. On a aussi proposé la sabine ; mais ce médicament ne peut convenir que dans des cas particuliers. Son action emménagogue a dû engager à la mettre en usage chez les jeunes filles chlorotiques, chez lesquelles nous avons vu le fer réussir quelquefois. Le docteur Horn affirme avoir prescrit ce médicament avec succès dans des cas d'incontinence d'urine survenue après un accouchement laborieux. On comprend difficilement quelle a été l'action de la sabine dans ces circonstances. Voici, du reste, la formule du docteur Horn (1) :

℞ Herbe de sabine.................... 8 gram.

Faites infuser pendant un quart d'heure dans :

Eau bouillante.................... 150 gram.

Ajoutez à la colature :

Camphre.................. 0,10 à 0,30 gram.

Mêlez. Dose : une cuillerée à bouche toutes les heures.

Noix vomique. M. Mondière, qui, dans ces derniers temps, a cité des faits très concluants en faveur de l'efficacité de la noix vomique, a aussi rappelé ce qui a été dit à ce sujet par les auteurs qui ont employé ce médicament. M. Mauricet (2) paraît être, suivant lui, le premier qui ait employé la noix vomique contre l'incontinence d'urine, et les sujets traités par ce moyen étaient deux frères, l'un de treize et l'autre de quatorze ans. Au bout de trois jours de l'usage de la noix vomi-

(1) Voy. SCHMIDT, *Rec.*
(2) *Arch. gén. de médecine* ; Paris, 1827, t. XIII, p. 102.

ue à la dose de 25 milligrammes par jour, et sous forme d'extrait alcoolique, incontinence d'urine avait complétement disparu; mais le traitement ayant été uspendu, au bout de quinze jours la maladie se reproduisit, et la même récidive ut lieu jusqu'à ce qu'enfin le médicament ayant été continué pendant un mois, guérison fut complète. Les faits rapportés par M. Mondière sont plus remarquables encore, car dans quelques uns il s'agit de sujets de seize et même de vingt ans hez lesquels l'incontinence d'urine existait depuis un temps fort long, et avait été aitée inutilement par un grand nombre de moyens. Voici les pilules que prescrit I. Mondière :

℞ Extrait de noix vomique. 0,40 gram.	Oxyde noir de fer......... 4 gram.

Faites 24 pilules. Dose : 3 par jour.

Une jeune fille âgée de vingt ans fut guérie après avoir pris 1,20 grammes du nédicament. On peut augmenter considérablement la dose, puisque chez un nfant de neuf ans M. Mondière était parvenu à faire prendre jusqu'à 0,30 rammes de noix vomique par jour, en trois fois.

Les pilules proposées par M. Mondière doivent donc être regardées comme le nédicament le plus utile dans cette infirmité si incommode. Le praticien trouvera acilement la dose qui convient à chaque sujet suivant l'âge, et quant à augmenter ette dose, c'est d'après les phénomènes qu'on devra se guider, en ayant toujours oin d'agir avec une grande prudence.

Néanmoins la noix vomique est une substance qu'il est plus facile de manier que les cantharides, et sous ce rapport on doit encore lui accorder la préférence.

Il est inutile d'ajouter que la *strychnine* donnée à la dose de 1 à 3 centigrammes chez l'adulte pourrait remplacer la noix vomique. M. Mondière a cité, en effet, un cas de guérison par ce moyen, emprunté à un journal allemand. Le même uteur pense que, dans un cas où la noix vomique donnée à l'intérieur aurait échoué, il serait peut être utile d'appliquer au périnée un vésicatoire saupoudré le strychnine; mais aucun fait de ce genre ne s'était présenté à son observation lorsqu'il a publié son mémoire. La noix vomique et la strychnine ont encore réussi dans des cas où l'incontinence d'urine était la suite d'un accouchement laborieux; mais nous avons suffisamment parlé de l'action de ce médicament dans l'incontinence d'urine qui ne se montre pas chez les enfants; il serait inutile d'y revenir ici.

Moyens divers. Je me contenterai maintenant d'indiquer rapidement un certain nombre d'autres moyens internes, avant d'arriver à la médication externe, à laquelle il sera nécessaire de donner quelques développements.

On a vanté les bons effets du *pétrole*, que Rust conseille de prescrire à la dose de 5 à 8 gouttes toutes les deux heures, et d'employer en outre en frictions. Le docteur Meyer a proposé la formule suivante, dans laquelle entre la *créosote* comme principal médicament :

℞ Créosote.............. 5 gouttes.	Sirop d'écorce d'orange.... 30 gram.
Décocté de guimauve.... 150 gram.	

Mêlez. A prendre par petites cuillerées dans les vingt-quatre heures.

On a employé aussi l'*acide benzoïque*. M. le docteur de Fraene (1) a guéri une jeune fille en lui faisant prendre des pilules faites avec 8 grammes de cet acide pour 40 pilules, à la dose de 4, matin et soir. C'est un moyen qui mérite d'être de nouveau expérimenté.

Enfin on a conseillé l'usage de l'*eau de chaux* ; mais je ne pousserai pas plus loin cette énumération ; car nous ne trouvons pas de faits concluants en faveur de ces divers moyens.

2° *Médication externe*. Il est rare qu'on se soit borné à employer des moyens appliqués à la périphérie du corps. Presque toujours on n'y a eu recours que pour venir en aide aux moyens internes déjà indiqués. Cependant il est quelques uns de ces moyens qui sont assez actifs pour que j'entre dans quelques détails à leur égard.

Application de l'eau froide ; bains froids. Underwood (2) voulait qu'à un *régime excitant* et à un *exercice convenable*, on joignît des *fomentations faites avec de l'eau froide* et pratiquées sur le périnée et les parties voisines. Cet auteur n'accorde toutefois qu'une confiance très limitée à ce moyen.

Les *bains froids* ont été plus particulièrement conseillés, et l'on a cité des faits qui déposent en leur faveur. D'après le docteur Constant (3), MM. Baudelocque et Guersant ont obtenu des succès en employant des bains à 18 ou 20 degrés ; mais les *bains froids par immersion*, mis en usage par Dupuytren, sont ceux dont les effets ont eu le plus de retentissement. M. Mondière donne le résumé d'un fait observé dans la clinique de ce chirurgien, et où le premier bain par immersion fit disparaître complétement l'incontinence, de telle sorte que, si l'on en continua l'emploi, ce fut seulement par mesure de précaution. Voici comment Dupuytren faisait donner ces bains :

BAINS FROIDS PAR IMMERSION.

Une baignoire étant convenablement remplie d'eau à la température extérieure, on y plongeait le malade, puis on le retirait, pour l'y replonger encore, et ainsi de suite, pendant deux ou trois minutes ; ensuite on l'essuyait avec soin, on l'habillait chaudement, et on lui faisait prendre de l'exercice.

Les *bains de mer par immersion* ont nécessairement les mêmes avantages, et de plus ils ont l'action sur la peau des substances contenues dans l'eau de mer. Aussi ont-ils été vivement conseillés.

M. Mondière fait, au sujet des bains froids, et surtout des bains par immersion, des réflexions qui tendent à diminuer baucoup la valeur de ces agents thérapeutiques. Il est certain que les preuves de leur efficacité ne sont ni péremptoires ni nombreuses. Quant aux accidents que l'immersion dans l'eau froide pourrait causer, je pense que M. Mondière se les exagère un peu. C'est d'ailleurs au médecin prudent à ne prescrire un semblable moyen que dans des circonstances où il n'y a point à craindre de suites fâcheuses de l'impression brusque du froid sur la peau.

Bains aromatiques. Je crois devoir reproduire ici le passage du mémoire de

(1) *Journ. de méd. de Bruxelles*, 1846.
(2) *Trait. des malad. des enfants*, trad. d'Eusèbe de Salles, p. 779.
(3) *Bulletin thérap.*, t. X, 1836.

M. Mondière où les bains aromatiques proposés par M. Lallemand (1) sont décrits t jugés.

« Les bains aromatiques employés par M. Lallemand doivent, dit M. Mondière, mériter la préférence sur les bains froids, puisque les accidents qui peuvent souvent être produits par ceux-ci ne sont point à craindre par l'emploi des premiers, t qu'au rapport du professeur de Montpellier, *aucun cas d'incontinence d'urine 'aurait résisté à leur action*. Toutefois les résultats du traitement de M. Lallemand sont moins prompts que ceux qu'obtenait Dupuytren par sa méthode, puisque e n'est guère qu'après huit ou dix bains qu'on commence à observer un changement notable, et que quinze, dix-huit ou même trente sont quelquefois nécessaires our obtenir une cure complète. Ce moyen, bon en lui-même, devra donc être éservé pour certains cas où des moyens beaucoup plus prompts, beaucoup plus iciles à administrer, et dont nous parlerons bientôt, se seront montrés inefficaces; nais nous pensons que ces cas doivent être excessivement rares. Quoi qu'il en oit, voici la manière de préparer les bains aromatiques :

» On jette de l'eau bouillante sur *quatre ou cinq poignées* de plantes labiées, ites *espèces aromatiques;* on couvre exactement. On laisse refroidir jusqu'à température agréable. On ajoute *un verre d'eau-de-vie*, en mettant l'enfant dans le ain; on le couvre et *on l'y laisse tant qu'il s'y trouve bien*. En le retirant, on le rotte avec de la flanelle, et on l'habille chaudement.

» Après cinq ou six bains, on doit *augmenter la quantité* des plantes aromatiques t de l'eau-de-vie. Si les premiers produisent trop d'excitation, il faut mettre deux u trois jours d'interruption entre chacun. »

Ventouses sèches. Le docteur Canin (2) a cité deux cas de guérison d'incontinence d'urine par l'application de plusieurs ventouses sèches *au périnée*. L'action le ce moyen paraît tout à fait douteuse à M. Mondière, et ce doute sera partagé par le lecteur, s'il se rappelle que l'affection a une tendance naturelle à guérir, et que, par conséquent, deux faits sont bien insuffisants pour établir l'efficacité d'un remède quelconque. Toutefois il ne faudrait pas se prononcer d'une manière rigoureuse, avant d'avoir de nouvelles observations; car, en admettant même que les ventouses n'aient aucune influence comme moyen local, on ne peut s'empêcher de reconnaître que l'appareil qu'elles exigent peut agir sur l'esprit de l'enfant, et être utile comme moyen moral peu dangereux.

Vésicatoires; moxas. Le vésicatoire a une double action : c'est d'abord un excitant puissant, et ensuite un moyen indirect que nous avons déjà jugé, puisqu'il ne consiste pas en autre chose qu'en l'influence des cantharides absorbées sur le col de la vessie. C'est à l'hypogastre qu'on l'applique principalement; si l'on veut multiplier les emplâtres, on en met d'autres sur le périnée et le sacrum. On trouve dans les auteurs d'assez nombreux exemples de l'utilité des vésicatoires; mais, ainsi que l'a recommandé M. Mondière pour les bains aromatiques, on ne devrait y avoir recours que dans le cas où l'on aurait vu échouer d'autres moyens plus prompts, plus sûrs et non douloureux : la noix vomique en particulier.

(1) *Observations et réflexions sur les maladies des organes génito-urinaires*, 4e part.; Paris, 1827.

(2) *Arch. générales de méd.*, 1826, t. XII, p. 618.

Quant au *moxa*, il doit être proscrit. C'est, en effet, un moyen douloureux et d'une action très douteuse.

Électricité. Webster et Mauduit (1) ont guéri, dit M. Mondière, des incontinences d'urine en tirant des étincelles le long du raphé et de la symphyse du pubis. Mais cet auteur fait remarquer aussi que Guersant a toujours employé l'électricité sans succès. Ce moyen a-t-il une efficacité réelle ? Dans les cas où son emploi a été suivi de guérison, a-t-il agi comme excitant local ou comme moyen moral ? Ce sont là des questions qu'il est impossible de résoudre, les auteurs ne nous fournissant pas les éléments suffisants.

Sonde. Je place parmi les moyens externes l'emploi de la sonde, qui agit directement sur le col de la vessie. Goulard l'avait déjà proposé ; mais c'est le docteur Samuel Lair (2) qui a le plus insisté sur son efficacité. Ce médecin a cité trois cas dans lesquels cette pratique a été suivie de succès ; mais il faut remarquer que, dans ce cas, la sonde fut *enduite de teinture de cantharides*, et que, par conséquent, la médication fut complexe. Les faits rapportés par MM. Baudelocque et Mondière sont, au contraire, très simples. Ces médecins se sont contentés, en effet, d'introduire une sonde, et d'exercer, par de petits mouvements de va-et-vient et de circumduction, des frictions légères sur la région prostatique de l'urètre et sur le col de la vessie. L'emploi de ce moyen a été suivi de succès ; mais on voit, dans le cas observé par M. Mondière, que l'action de la sonde n'est pas très prompte, et n'empêche pas des récidives plus ou moins nombreuses. Si l'on veut employer le procédé de M. Lair, il faut faire en sorte de n'agir que sur la région prostatique et sur le col de la vessie ; chez la femme, au contraire, il faut irriter tout le canal.

On doit conclure de ce qui précède, que l'usage de la sonde est loin d'être sans avantages, qu'il n'est pas nécessaire, au moins dans les cas ordinaires, d'enduire l'instrument de teinture de cantharides, et enfin qu'il ne faut y avoir recours qu'après avoir mis en usage les principaux moyens internes, et en première ligne la noix vomique.

Instruments pour intercepter le cours de l'urine. Je n'ai qu'un mot à dire sur ces moyens. Il est évident que, chez les vieillards du sexe masculin, qui ont une incontinence d'urine permanente ou complète, les instruments de ce genre ne doivent pas être appliqués ; on se borne à leur faire porter un urinal en gomme élastique, où l'urine s'écoule goutte à goutte. Chez les femmes, « on peut, dit Boyer, intercepter le passage de l'urine, en comprimant l'urètre contre la symphyse des pubis, au moyen d'un bouton mollet en gomme élastique appliqué sur la partie antérieure de la paroi inférieure du vagin. Ce bouton est placé à l'extrémité d'une tige élastique courbée, assujettie supérieurement au milieu d'une plaque fixée d'une manière invariable sur les pubis, par le moyen d'une ceinture. » En pareil cas, ces moyens mécaniques ne peuvent être que palliatifs.

Mais on en a mis d'autres en usage dans l'incontinence d'urine intermittente ou nocturne, et dans un but curatif. C'est ainsi qu'on a imaginé la compression de l'urètre par divers procédés, et entre autres par l'application du *bandage à crémaillère*, ou *constricteur de la verge*. Mais aujourd'hui on a renoncé généralement à ces moyens qui sont gênants, douloureux, et peuvent être dangereux. Si

(1) Bonnefoy, *De l'applic. de l'électr. à l'art de guérir* ; Lyon, 1782.
(2) *Acad. de méd.*, 24 août 1826.

toutefois, par un motif quelconque, on se trouvait porté à y avoir recours, on ne devrait exercer la compression de l'urètre que directement sous les pubis, ainsi que le recommande M. Mondière.

M. le docteur Chambers (1) a réussi à arrêter une incontinence d'urine en *cautérisant avec le nitrate d'argent* le méat urinaire chez une jeune fille de seize ans traitée infructueusement par les cantharides, le chlorure de fer, et les douches froides vers les organes génitaux. On a vu plus haut que beaucoup d'autres moyens efficaces auraient pu être employés avant d'en venir à cette cautérisation douloureuse, dont le praticien doit néanmoins connaître les effets pour les cas extrêmes.

Tels sont les moyens dirigés contre cette affection incommode et dégoûtante, mais non dangereuse par elle-même. Je n'ai pas besoin de répéter que, dans l'état actuel de la science, c'est l'emploi de la noix vomique, et de la belladone qui doit avoir principalement la confiance du praticien.

L'urine, en séjournant sur la peau des cuisses et du périnée, produit une irritation fâcheuse. *Pour combattre et empêcher cette irritation*, M. Maurat (2) a eu recours avec succès au mélange suivant :

℞ Magnésie calcinée....	ãã part. égales.	Eau tiède..................	Q. s.
Sesquioxyde de fer...			

Faites une pâte.

Enduisez les parties en contact avec l'urine. Saupoudrez les parties déclives où la pâte ne tiendrait pas, avec de la dextrine sur laquelle vous l'étalerez ensuite.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Moyens moraux ;* 2° *Médication interne.* Belladone; toniques, ferrugineux; cantharides; noix vomique; moyens divers. 3° *Médication externe :* Application de l'eau froide, bains froids, bains de mer; bains aromatiques; vésicatoires; moxas ; électricité ; sonde; instruments pour arrêter le cours de l'urine; cautérisation du canal.

ARTICLE VI.

PARALYSIE DE LA VESSIE ET RÉTENTION D'URINE.

Les causes qui peuvent déterminer la rétention d'urine dans la vessie sont nombreuses ; mais c'est encore dans les traités de chirurgie qu'il faut chercher la description des maladies dans lesquelles se produit cette rétention et des moyens propres à y remédier. Il est, en effet, nécessaire que nous nous tracions des limites, autrement il n'y aurait plus de distinction certaine entre un grand nombre d'affections chirurgicales et médicales, et peut-être a-t-on eu toujours trop de tendance à empiéter de part et d'autre. Je me bornerai donc ici à dire quelques mots de la paralysie de la vessie et de la rétention d'urine qui en est la suite.

Mais avant d'entrer dans les détails, je dois examiner une question préalable. Personne n'a prétendu, on le pense bien, que la paralysie de la vessie ne suffise pas pour déterminer la rétention d'urine. Les circonstances si communes dans les-

(1) *The Lancet*, et *Annales de Roulers*, 1re livr., 1849.
(2) *Revue méd.-chir. de Paris*, mars 1847.

quelles ce fait se produit, comme les affections cérébrales, les lésions de la moelle épinière, ont fait de tout temps reconnaître que, par suite de ces lésions, les fibres musculaires de la vessie, ne recevant plus l'influence nerveuse, cessant de se contracter, ne peuvent plus chasser le liquide, qui s'accumule dans l'organe et le distend souvent très considérablement. Mais dans ces derniers temps on s'est demandé si cette paralysie de la vessie peut avoir lieu primitivement, sans lésion antérieure d'un autre organe; en d'autres termes, s'il peut exister une *paralysie essentielle* de cet organe. Cette question est très importante pour nous, car c'est précisément cette paralysie essentielle que nous avons le plus d'intérêt à étudier. Celle qui est la suite d'affections du cerveau, de la moelle épinière, etc., doit, en effet, trouver sa place dans la description de ces maladies dont elle n'est qu'un phénomène secondaire, quelque importance qu'elle puisse avoir d'ailleurs.

§ I. — Définition; fréquence.

Ce n'est, je le répète, que dans ces dernières années qu'on a élevé des doutes sur l'existence de la paralysie essentielle de la vessie; aussi tous les auteurs, avant MM. Leroy (d'Étiolles) et Mercier (1), ont-ils regardé cette paralysie comme une des causes les plus fréquentes de la rétention d'urine chez les vieillards. Mais ces derniers, s'appuyant sur un très grand nombre de faits, ont cherché à établir, non seulement que, dans beaucoup de cas, on avait méconnu l'existence d'une tuméfaction de la prostate formant obstacle au cours de l'urine, mais encore que la rétention de ce liquide, dans les cas où on l'a attribuée à une paralysie essentielle de la vessie, reconnaît toujours pour cause un obstacle matériel. Par là s'expliquent, suivant M. Mercier, plusieurs particularités qu'il est autrement bien difficile de comprendre. Si cette espèce de rétention d'urine s'observe à peu près exclusivement chez les vieillards, c'est que les tumeurs de la prostate ne se montrent guère qu'à cet âge; et si les femmes n'en sont presque jamais affectées, tandis que les hommes la présentent si fréquemment, c'est que l'organe qui, par sa lésion, détermine la maladie, manque entièrement chez elles, et qu'il faut le développement beaucoup plus rare d'autres obstacles pour produire cet effet.

On a fait des objections sérieuses à cette manière de voir. « Il n'est pas difficile, dit M. Civiale (2), de distinguer si l'urine accumulée dans la vessie y séjourne parce qu'elle n'est point chassée, ou parce qu'un obstacle au col de l'organe la retient en paralysant les efforts d'expulsion. Il suffit pour cela d'introduire une sonde ordinaire dans la vessie, le malade étant couché sur le dos. Si le viscère se contracte, le liquide est projeté avec force jusqu'à la dernière goutte; seulement, vers la fin, le jet s'étend moins loin. Dans le cas, au contraire, où la vessie a perdu sa puissance expulsive en totalité ou en partie, il n'y a de projetées que les premières colonnes du liquide qui la surdistendait, et dès que l'élasticité a produit son effet, l'urine ne coule plus qu'en bavant d'une manière fort lente. Si l'on appuie sur l'hypogastre, ou qu'on engage le malade à pousser, à tousser, il se forme un jet, mais qui cesse aussitôt que la puissance accessoire n'agit plus. Pour vider entièrement la vessie, il faut exercer des frictions répétées sur l'hypogastre et engager

(1) *Rech. sur une caus. fréq. et peu connue de rét. d'urine*; Paris, 1844.
(2) *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*; Paris, 1850.

malade à pousser longtemps. Cette expérience peut être répétée tous les jours, et elle prouve incontestablement que le viscère ne se contracte point.

On ne peut, en effet, se refuser à admettre, dans des cas semblables, la paralysie de la vessie, et c'est ce qui m'engage à en donner la description. Toutefois il serait injuste de ne pas reconnaître que MM. Leroy (d'Étiolles) et Mercier ont, par leurs intéressantes observations, porté un jour nouveau sur l'histoire de la rétention d'urine, et que si quelques cas ne reconnaissent pas pour cause les altérations de la prostate qu'ils ont si bien décrites, il n'en est pas moins vrai qu'ils ont fait cesser l'erreur généralement commise dans un très grand nombre de cas, et indiqué le véritable traitement à suivre dans beaucoup de circonstances où l'on se bornait à combattre une paralysie qui n'existait pas, méconnaissant l'obstacle matériel qui s'opposait à l'excrétion urinaire. Mais je n'ai pas à m'occuper ici de ces rétentions d'urine par obstacle mécanique, et je dois décrire rapidement celle qui a la paralysie pour cause, quelles que soient la fréquence ou la rareté de cette affection.

§ II. — Causes.

« Cette paralysie, commune, dit Boyer (1), chez les personnes avancées en âge, peut survenir à toutes les époques de la vie, à la suite d'une affection du cerveau, d'une commotion, d'une distension violente ou de la compression de la moelle de l'épine, de l'allongement forcé des fibres de la vessie, de l'inflammation de ce viscère, d'une métastase rhumatismale, goutteuse, dartreuse, psorique ou autres sur ces parois ; mais ses causes les plus ordinaires sont la débauche et la vieillesse. » Si j'ai cité ce passage, ce n'est pas que je pense qu'il faille admettre sans contestation l'existence de ces causes. On ne tarde pas, en effet, à s'assurer que les assertions émises par Boyer, et qui sont l'expression des opinions admises jusqu'à lui sur ce point, n'ont pas toute la valeur désirable et ne paraissent pas fondées sur des faits bien positifs.

D'abord, au point de vue où nous nous sommes placé, nous ne devons pas tenir compte des altérations des centres nerveux. Quant à l'inflammation de la vessie, c'est dans un des articles précédents que nous avons dû nous en occuper ; et pour ce qui concerne les diverses métastases admises par Boyer, nous devons dire qu'il n'existe pas dans la science de preuves suffisantes. Il faut peut-être faire une exception pour le rhumatisme ; mais c'est une question que j'examinerai quand il s'agira du rhumatisme musculaire.

Restent donc la *distension forcée des fibres de la vessie*, la *débauche* et la *vieillesse*. On a cité plusieurs faits qui prouvent la réalité de la première de ces causes, et le plus célèbre est celui que Boyer a emprunté à Ambroise Paré. Toutefois il faut faire à ce sujet une remarque : si, par suite de la distension forcée de la vessie, on n'observe autre chose que l'impossibilité actuelle qu'éprouve cet organe à se débarrasser du liquide accumulé, et s'il suffit d'un premier cathétérisme pour lui rendre son ressort, on ne peut guère admettre qu'il y ait eu paralysie dans l'acception propre du mot ; il a existé tout simplement un obstacle matériel à la libre contraction des fibres, qui s'est exercée dès que cet obstacle a

(1) *Trait. des malad. chirurgicales*, 4e éd., t. IX, p. 169.

été levé. Mais on a vu quelquefois le ressort de la vessie aboli pendant un temps plus ou moins long après l'évacuation de l'urine, et, en pareil cas, on ne peut nier l'existence d'une véritable paralysie par cause mécanique.

Quant à la *débauche*, à la *masturbation*, aux *excès vénériens* de tout genre, les faits sont moins concluants. On a, en effet, négligé de tenir compte de beaucoup de circonstances, comme des maladies syphilitiques, des rétrécissements, des tuméfactions de la prostate, et l'on a bien souvent attribué à une paralysie essentielle de la vessie la rétention d'urine déterminée par ces diverses causes. Presque tout reste donc à faire sur ce point important.

« La paralysie de la vessie, dit Boyer, est si commune chez les vieillards, que l'on a classé la rétention d'urine qui en résulte parmi les maladies *attachées à la vieillesse*. Cependant tous les vieillards n'y sont pas également exposés. Il attaque particulièrement ceux qui sont d'un *tempérament lymphatique*, les personnes *replètes*, *sédentaires*, les gens de cabinet, les joueurs, les enfants de la joie, comme le dit J.-L. Petit, qui ne s'ennuient point à table; ceux qui, par paresse, par négligence ou par vivacité, ne se donnent pas le temps de verser jusqu'à la dernière goutte de leur urine; enfin ceux qui pissent la nuit couchés sur le côté, au lieu de se lever ou de se mettre à genoux sur leur lit. » On peut dire qu'il n'est pas une seule de ces propositions qui puisse être acceptée sans de nouvelles recherches, et l'on doit regarder ce point d'étiologie comme un de ceux que l'observation est le plus particulièrement appelée à éclairer.

§ III. — Symptômes.

Sauf les cas où la paralysie de la vessie est causée par la distension forcée de ses fibres, cette affection, et la rétention d'urine, qui en est la conséquence, commencent d'une manière presque insensible, de telle sorte que, pendant un temps assez long, le malade peut ne s'en apercevoir en aucune manière. Ce n'est d'abord qu'une simple paresse de cet organe. Le besoin d'uriner se fait sentir moins fréquemment, et l'on reste quelque temps avant de pouvoir le satisfaire.

A une époque plus ou moins éloignée du début, suivant les cas, le *besoin d'uriner* ne se fait plus sentir que lorsque la distension de la vessie est portée au point de causer une véritable *douleur*, et plus tard, enfin, le liquide s'accumule sans pouvoir être expulsé en aucune manière : la rétention est complète.

Dans les premiers temps, la contraction de la vessie suffit seule pour évacuer l'urine; seulement le *jet* est moins fort, et les dernières gouttes surtout, loin d'être rejetées avec énergie, comme chez un sujet en bonne santé, tombent, pour ainsi dire, par leur propre poids, et verticalement, entre les jambes du malade. A une époque plus avancée, la contraction des fibres musculaires de la vessie ne suffit plus, il s'y joint des contractions plus ou moins énergiques des muscles de l'abdomen, qui, ne suppléant qu'imparfaitement celles du viscère, ne produisent qu'un jet faible, souvent interrompu, et laissent dans l'urètre quelques gouttes d'urine qui, n'ayant pas été expulsées, souillent ensuite les vêtements. Enfin, la maladie faisant sans cesse des progrès, les sujets restent toujours plus longtemps avant de pouvoir satisfaire le besoin d'uriner; les efforts abdominaux qu'ils font augmentent de jour en jour; ils se tiennent courbés et les jambes écartées, lorsqu'ils veulent vider leur vessie, et cependant ils n'y parviennent pas; le liquide n'est évacué qu'en

partie, le besoin d'uriner se fait sentir à des intervalles de plus en plus rapprochés, et la rétention complète de l'urine finit par se déclarer.

Lorsque la maladie est parvenue à ce degré, la distension de la vessie augmente à chaque instant, et l'on observe ce qui suit. D'abord l'affection est *indolente* ou n'occasionne qu'une *gêne* supportable; mais, quand la distension de l'organe a dépassé certaines limites, on observe ordinairement une *douleur* incessante, avec des exacerbations plus ou moins rapprochées.

Cet état, si l'on ne le fait pas cesser par l'introduction de la sonde, se termine par l'évacuation goutte à goutte de l'urine, sans que, pour cela, la vessie cesse d'être distendue. Il se passe alors ce qui se passerait si l'on introduisait dans un vase inerte à deux ouvertures, et déjà plein, une nouvelle quantité de liquide; le *trop-plein*, introduit par l'une, s'échapperait par l'autre : c'est ce qu'on a nommé uriner *par regorgement*. Ce qu'il y a néanmoins de remarquable dans cet état, c'est que, comme l'ont noté les auteurs, l'action d'évacuer l'urine n'est pas encore complétement soustraite à la volonté, en ce sens que l'écoulement peut être suspendu pendant un certain temps; mais cette suspension ne saurait être de longue durée, parce que l'accumulation du liquide et la distension de la vessie allant toujours en augmentant, sa sortie devient bientôt nécessaire.

Je n'indique ici ni le ténesme vésical, ni la douleur excessive, ni d'autres accidents de la rétention d'urine, parce qu'ils ne se produisent que dans les cas où quelque obstacle s'oppose au regorgement, et que par conséquent les faits de ce genre diffèrent de ceux que nous étudions.

Un symptôme nécessaire, et qui est un des plus importants de cette affection, est la tumeur qui se produit à l'hypogastre, et qui résulte de la distension de la vessie. Cette tumeur est indolente dans les cas dont il s'agit ici; à peine une pression un peu forte y détermine-t-elle un peu de sensibilité. Elle n'a jamais le degré de tension et de résistance que présente la vessie distendue par suite d'une rétention d'urine complète qui reconnaît pour cause un obstacle mécanique au cours de ce liquide. On peut au contraire la déprimer avec facilité, surtout si les parois de l'abdomen sont flasques, et assez souvent la *palpation*, convenablement exercée, y détermine une *fluctuation* manifeste. Nous verrons plus loin que ces signes ont donné lieu plusieurs fois à des erreurs de diagnostic.

La vessie peut s'élever jusqu'à l'ombilic et au-dessus, et si l'on cherche à saisir la partie supérieure du viscère, en l'embrassant avec la paume de la main, après avoir fortement déprimé la paroi abdominale avec le bord cubital de cette partie, on sent une *tumeur* globuleuse parfaitement distincte. Cette manœuvre a en outre pour effet d'augmenter un peu la sortie de l'urine, qui a eu lieu par regorgement.

La *percussion* sert en outre à faire reconnaître la dilatation de la vessie par l'urine. La matité est complète au-dessus des pubis, et s'étend jusqu'à une ligne courbe qui, passant à une distance variable de l'ombilic, circonscrit les limites du viscère distendu. Au delà, le son clair rendu par les intestins, et qui se retrouve de chaque côté dans les flancs et les fosses iliaques, à moins de complication, fait reconnaître qu'il s'agit d'une tumeur ayant pour ainsi dire sa racine à la partie moyenne du bassin, et de là s'épanouissant à droite et à gauche de la ligne médiane. On a en outre trouvé, vers la limite demi-circulaire de la tumeur, le son

humorique qui résulte, comme on le sait, de la juxtaposition d'un liquide et des gaz intestinaux.

Tels sont les symptômes de la paralysie essentielle de la vessie et de la rétention d'urine qu'elle occasionne ; les accidents locaux, les troubles généraux que cette rétention peut produire, appartiennent en propre aux cas où elle est la conséquence des divers obstacles mentionnés plus haut. Tout ce qu'il importe de dire ici, c'est qu'il n'est pas rare de voir le catarrhe vésical compléter cette affection.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison de la maladie.

En traçant l'histoire des symptômes, j'ai dû suivre les divers degrés de l'affection, et par conséquent en indiquer la *marche*. Je me borne à rappeler que, dans la paralysie par distension forcée des fibres de la vessie, la maladie se produit brusquement et ne tarde pas à disparaître, tandis que, dans les autres cas, la marche est très lente, et presque toujours l'affection devient permanente. Il en résulte que la *durée*, qui dans le premier cas peut n'être que de quelques jours, n'a le plus souvent d'autre terme, dans le second, que la vie même des sujets.

La *terminaison* de la paralysie par simple distension est toujours heureuse, à moins qu'il ne survienne une inflammation très aiguë qui peut causer la mort; mais les cas de ce genre sont très rares. Dans la seconde espèce de paralysie, la guérison a été quelquefois obtenue lorsqu'on a pu traiter la maladie à une époque rapprochée du début; mais le plus souvent l'affection devient permanente, et les sujets en sont réduits à ne plus uriner qu'avec l'aide de la sonde.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les *lésions anatomiques* ne doivent pas nous arrêter longtemps. J'ai déjà signalé un certain degré de catarrhe chronique qui laisse les altérations décrites dans un des articles précédents. Par suite de la distension de la vessie, il existe un amincissement de ses parois. C'est du moins ce qui a été indiqué par les auteurs, et l'on n'a pas signalé l'hypertrophie qui résulte ordinairement de la dilatation des organes creux ; ce qui du reste n'a rien d'étonnant, car la paralysie des fibres a empêché leur réaction, qui paraît nécessaire pour la production de cette hypertrophie. Reconnaissons toutefois que les recherches sont insuffisantes à cet égard.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Lorsque la sortie de l'urine a lieu par regorgement, le diagnostic est des plus simples ; mais on peut être appelé, et c'est même le cas le plus ordinaire, avant que cette évacuation par regorgement ait commencé, et la tumeur qui résulte de la distension de la vessie peut être prise soit pour une ascite, soit pour une tumeur utérine, et principalement pour l'*hydrométrie* et la *physométrie*.

Il est une règle de pratique bien simple et qui suffit pour rendre toute erreur impossible : c'est celle d'introduire une sonde dans la vessie toutes les fois qu'il peut y avoir le moindre doute sur la nature de la tumeur. Il est arrivé plusieurs fois que cette introduction de la sonde, pratiquée par le chirurgien appelé pour faire la *paracentèse*, a fait reconnaître l'erreur et empêché une opération dont il est inutile de signaler les conséquences funestes en pareil cas. Il vaut beaucoup

mieux pratiquer inutilement le cathétérisme que de s'exposer à une méprise aussi grave.

Voici maintenant les signes auxquels on reconnaît qu'il s'agit d'une accumulation d'urine dans la vessie et non d'une *ascite :* dans cette dernière affection, le niveau du liquide forme aux environs de l'ombilic une courbe à concavité supérieure et *au dedans* de laquelle on trouve le son clair de l'intestin et de l'estomac; dans la distension de la vessie, au contraire, le niveau du liquide forme une courbe à convexité supérieure et *autour* de laquelle on trouve le son clair qui vient d'être indiqué; les flancs et les fosses iliaques présentent aussi ce son clair, tandis que dans l'ascite un peu considérable, la seule qui puisse donner lieu à l'erreur, ces parties donnent un son très mat à la percussion. Si, dans l'ascite, on fait changer de position au malade, le liquide se porte vers les parties déclives, et de là des changements dans le son des différentes parties, qui ont été décrits à l'article *Ascite* (1) et qui ne se présentent pas dans la rétention d'urine; enfin la fluctuation est bornée dans cette dernière maladie, et on ne la sent pas toujours facilement, tandis que dans l'ascite elle se fait sentir avec facilité et a lieu d'un flanc à l'autre.

La *physométrie*, affection très rare, ne pourrait être prise pour une rétention d'urine qu'à un examen très superficiel; il suffit, en effet, de percuter : le son est clair dans la tumeur qui caractérise cette affection, mat dans celle qui résulte de la rétention d'urine.

Il n'en est pas de même de l'*hydrométrie*, et l'on pourrait d'autant plus être induit en erreur, que l'utérus tuméfié, pressant sur la vessie, peut rendre l'évacuation de l'urine très difficile, et que la tumeur a dans les deux cas la même situation. Celle qui est produite par l'*hydrométrie* est cependant plus dure, elle ne se laisse déprimer que très peu. Le toucher vaginal fait reconnaître que l'utérus est remonté dans le grand bassin, et qu'il est beaucoup plus lourd qu'à l'état normal; le toucher par le rectum fait apprécier le corps de l'utérus considérablement augmenté de volume. La fluctuation ne se produit pas dans l'hydrométrie, affection rare, comme dans la rétention d'urine par paralysie de la vessie. Enfin le cathétérisme, qu'on doit toujours pratiquer en pareil cas, ne laisse bientôt place à aucun doute.

Les mêmes remarques s'appliquent aux *tumeurs de l'ovaire*, qui sont souvent, en outre, inégales, qui ont une résistance variable dans les divers points de leur étendue, et qui présentent cette particularité importante que la matité se prolonge dans la fosse iliaque où elles ont pris naissance, et où, par la palpation, on sent leur racine.

Enfin il importe de s'assurer si la maladie est bien réellement une rétention d'urine par paralysie et non par un obstacle au cours des urines. Je ne mentionnerai ici qu'un seul de ces obstacles, parce que, dans les autres, l'erreur n'est point commise : c'est le *gonflement de la prostate*. La facilité du cathétérisme avec les sondes de toutes les courbures, et même avec la sonde droite, est remarquable dans les cas de rétention d'urine par paralysie; on sait qu'il faut, au contraire, une sonde assez fortement recourbée pour pénétrer dans la vessie, chez les sujets affectés d'un gonflement de la prostate assez considérable pour déterminer la rétention complète de l'urine, et que quelque habileté qu'ait l'opérateur, le cathétérisme

(1) *Voy.* plus haut cet article.

ne se fait pas sans difficulté. Les caractères indiqués par M. Civiale pour les deux cas viennent ensuite compléter ce diagnostic.

Chez quelques femmes hystériques, on observe une rétention d'urine qui exige l'emploi journalier de la sonde. On pourrait croire à une rétention par paralysie; mais, lorsqu'on sonde les malades, on s'assure que le liquide sort par jet jusqu'à la dernière goutte. Il n'y a donc pas, en pareil cas, une véritable paralysie, mais une perturbation nerveuse dont il suffira de parler à l'article *Hystérie.*

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la rétention d'urine par paralysie de la vessie, et de l'hydropisie ascite.*

RÉTENTION D'URINE.	ASCITE.
Niveau du liquide formant une courbe à *convexité* supérieure; son clair des intestins *autour* de cette ligne.	Niveau du liquide formant une courbe à *concavité* supérieure; son clair des intestins *au dedans* de cette ligne.
Par le changement de position du malade, les rapports de la matité et de la sonorité *ne changent pas notablement.*	Par le changement de position du malade, on fait *varier le niveau du liquide;* la matité se porte vers les parties déclives, et la sonorité gagne les parties supérieures.
Fluctuation *limitée; moins facile à produire.*	Fluctuation d'*un flanc à l'autre très facile à produire* (1).

2° *Signes distinctifs de la rétention d'urine et de la physométrie.*

RÉTENTION D'URINE.	PHYSOMÉTRIE.
Son *mat* de la tumeur.	Son *clair* de la tumeur.
Maladie *fréquente.*	Maladie *fort rare.*

3° *Signes distinctifs de la rétention d'urine, suite de paralysie, et de l'hydrométrie.*

RÉTENTION D'URINE.	HYDROMÉTRIE.
Tumeur *plus molle*, plus facile à déprimer.	Tumeur *plus ferme*, plus résistante.
Par le toucher vaginal, on constate l'*état normal* de l'utérus.	Par le toucher vaginal, on constate l'*ascension du col* et la *pesanteur du corps de l'utérus.*
Par le toucher rectal, on constate le *volume normal* de l'utérus.	Par le toucher rectal, on constate l'*augmentation considérable de volume du corps de* l'utérus.

Il faut répéter ici que, dans tous les cas, le cathétérisme, dont les résultats sont si concluants, doit être pratiqué.

4° *Signes distinctifs de la rétention d'urine par paralysie de la vessie, et de la rétention causée par le gonflement de la prostate.*

RÉTENTION D'URINE PAR PARALYSIE.	RÉTENTION D'URINE SUITE DE TUMEUR DE LA PROSTATE.
Cathétérisme *facile avec les sondes de toutes les courbures.*	Cathétérisme exigeant une *sonde d'une assez forte courbure*, et présentant une *certaine difficulté.*
Après l'introduction de la sonde, les premières colonnes du liquide *sont seules projetées;* le reste s'écoule en bavant.	Après l'introduction de la sonde, le liquide est *projeté jusqu'à la fin;* les dernières colonnes seulement sont projetées moins loin.
La contraction des muscles abdominaux ou la pression sur le ventre produisent un *jet qui s'arrête dès que ces actions cessent.*	La contraction des muscles abdominaux et la pression sur le ventre *sont inutiles.*

(1) On n'oublie pas qu'il ne s'agit que de l'ascite un peu considérable, qui seule peut être confondue avec la maladie décrite dans cet article.

Pronostic. Le pronostic est généralement favorable dans les cas où la paralysie de la vessie est la suite de la distension forcée de ses fibres ; le développement d'une inflammation un peu intense offre seul quelque danger. Dans les autres cas, le pronostic est d'autant plus fâcheux que la maladie est plus avancée. A une époque rapprochée du début, on peut, en effet, espérer d'obtenir la guérison de la maladie, comme on va le voir quand j'exposerai le traitement, tandis que, plus tard, on a tout lieu de craindre qu'elle ne se prolonge aussi longtemps que la vie du malade.

§ VII. — Traitement.

« On peut, dit Boyer, prévenir cette espèce de paralysie, et même la guérir, lorsqu'elle est commençante, ou que la vessie n'est encore qu'affaiblie. Il suffit souvent, pour relever l'action de ce viscère, d'*appliquer un corps froid*, soit sur la région hypogastrique, soit sur les cuisses. J.-L. Petit a quelquefois réussi, en *jetant de l'eau sur le visage*, en faisant mettre les *mains dans un seau d'eau de puits*, à faire uriner des personnes qui en avaient envie et qui ne pouvaient y satisfaire. Fondé sur ce que le besoin d'uriner prend en passant d'un lieu chaud dans un lieu frais, il a conseillé à des malades qui avaient une rétention incomplète par paresse de la vessie, de *pisser dans un lieu frais*, d'*approcher le pot de chambre de leurs cuisses et du scrotum*. Ces malades, dont la vessie ne jouissait pas d'une contractilité suffisante pour expulser la totalité de l'urine, croyant avoir tout uriné, ont rendu encore plus ou moins d'urine qui, sans précautions, serait restée dans ce viscère....

» Les malades doivent observer avec soin de *ne point uriner étant couchés*, de pisser debout ou à genoux, et surtout de *ne point résister à la première envie d'uriner*. Ceux qui ont le sommeil très profond doivent *se faire éveiller de trois en trois heures pour uriner...*

» *Cathétérisme.* Mais tous ces moyens, ajoute l'auteur que je viens de citer, sont insuffisants lorsque la rétention est complète, et l'on n'a de ressource pour donner issue à l'urine que dans l'*introduction de la sonde*. Les *boissons diurétiques*, dont quelques médecins gorgent les malades dans ce cas, ne servent qu'à aggraver la maladie, en augmentant l'afflux d'une grande quantité d'urine dans la vessie. Lorsque la maladie a duré quelque temps, et quelquefois même dès le premier jour, il survient de la douleur à la région de la vessie, de la fièvre et d'autres symptômes d'inflammation qui en imposent aux gens sans expérience et leur font méconnaître le véritable caractère de la maladie (1). Alors, au lieu de débarrasser promptement la vessie de l'urine qui la distend, ils prodiguent les saignées locales et générales, les bains, les cataplasmes, les fomentations, les lavements... et ne se déterminent à l'introduction de la sonde qu'après avoir employé tous ces moyens inutilement pendant plusieurs jours. Une pareille conduite n'a pas seulement l'in-

(1) Je n'ai pas cru devoir supprimer ces considérations pratiques présentées par Boyer, parce que, bien que l'exploration de l'hypogastre, perfectionnée dans ces derniers temps, et telle que je l'ai décrite plus haut, soit suffisante pour faire éviter les méprises, on ne saurait s'environner de trop de précautions lorsqu'il s'agit d'une affection qui, faute d'être bien traitée, peut devenir extrêmement grave. J'ajoute néanmoins que Boyer n'ayant pas, ainsi que nous l'avons vu plus haut, distingué d'une manière assez rigoureuse la rétention d'urine par paralysie, de la rétention par suite du gonflement de la prostate, a peut-être exagéré un peu les dangers de la première.

convénient de prolonger les souffrances des malades; elle contribue encore à rendre la maladie incurable, en exposant les parois de la vessie à une distension excessive. On sait que cette distension est capable seule de produire la paralysie de cet organe; à plus forte raison elle doit l'augmenter lorsque cette paralysie existe déjà...

» *On ne saurait donc avoir recours trop tôt à la sonde* dans la rétention d'urine causée par la paralysie de la vessie. Cet instrument pénètre d'autant plus facilement, que, pour l'ordinaire, l'urètre est alors fort large; mais comme, chez les vieillards, les parois de ce canal sont dans une espèce de flaccidité, une *grosse sonde* entre plus facilement et cause moins de douleur qu'une sonde d'un petit diamètre. On peut se servir d'une *algalie d'argent* ou d'une *sonde de gomme élastique* : cette dernière est préférable, parce qu'il faut la laisser dans la vessie, pour empêcher que l'urine ne s'y amasse de nouveau, ce qui ne manquerait pas d'arriver si l'on discontinuait l'usage de la sonde. Quelques uns croient qu'il vaut mieux la passer chaque fois que le malade a besoin d'uriner; mais ce besoin se renouvelle si souvent, qu'il serait à craindre que l'urètre ne se fatiguât ou que le chirurgien ne pût donner au malade les soins assidus que son état exige...

» Lorsque (continue cet auteur, auquel je dois emprunter ces détails parce qu'il a exposé le traitement avec tout le soin désirable) la sonde est placée dans la vessie et fixée..., si la région de ce viscère est douloureuse, s'il y a de la fièvre, on fait une *saignée du bras;* dans tous les cas, on prescrit les *boissons délayantes, rafraichissantes* et *légèrement diurétiques.* On débarrasse le gros intestin au moyen de *lavements*, et l'on règle le *régime* du malade d'une manière relative à la situation où il se trouve.

» *On donne issue aux urines* en débouchant la sonde *toutes les deux ou trois heures*, suivant qu'elles sont plus ou moins abondantes et que le besoin de les rendre est plus ou moins pressant. Il ne faut pas cependant attendre toujours cet avertissement, parce que la vessie, étant en général moins sensible alors que dans l'état naturel, se laisse quelquefois distendre outre mesure avant de faire naître l'envie d'uriner, et sa distension forcée l'empêche de reprendre sa contractilité. *On retire la sonde* tous les dix, douze ou quinze jours pour la nettoyer et pour prévenir son incrustation. Lorsqu'on s'aperçoit que la surface commence à perdre son poli et à devenir raboteuse, on lui en substitue une autre. »

Boyer ajoute que si l'introduction de la sonde est impossible, on ne doit pas hésiter à pratiquer la *ponction de la vessie*, et il dit même que la seule fois qu'il ait eu occasion de faire cette opération, c'est dans un cas de rétention d'urine par paralysie de la vessie. Mais on a élevé des doutes sur la nature de la maladie en pareil cas, et avec raison, car comment concevoir que la sonde ne puisse pas pénétrer s'il n'y a pas un obstacle qui l'arrête dans l'étendue du canal? Tout porte à croire qu'il s'agissait d'une rétention d'urine causée par une tumeur de la prostate, affection que, comme nous l'avons vu plus haut, Boyer n'avait pas appris à distinguer suffisamment de la rétention par paralysie. Les détails du fait viennent d'ailleurs à l'appui de cette opinion, car l'obstacle et la douleur existaient à la région prostatique.

Électricité. M. Michon (1) a cité des cas dans lesquels la paralysie de la vessie.

(1) *Séances de la Soc. de chirurgie*, 11 avril 1849.

se compliquant d'un certain degré de paralysie du rectum, a cédé promptement à l'emploi de l'*électricité*. Il s'est assuré que, dans certains cas, on ne pouvait, en aucune manière, rapporter la paralysie à une simple distension de la vessie par l'urine.

M. Monod (1) a cité un cas de paralysie de la vessie survenue après une tentative d'asphyxie par le charbon, et dans laquelle la *galvanisation* urétro-vésicale a eu un plein succès.

Applications froides. M. J.-J. Cazenave, de Bordeaux (2), a réussi à rétablir le cours des urines dans six cas de rétention sur dix ayant des causes diverses, en employant les moyens suivants :

« Lorsque, dit-il, je suis appelé chez un sujet qui a une rétention d'urine complète ou incomplète (ischurie ou strangurie), je fais vider immédiatement le gros intestin avec un demi-lavement huileux, et quelquefois purgatif, s'il existe une constipation habituelle, ou s'il n'y a pas eu de garde-robes depuis quinze ou dix-huit heures. Quand ce lavement est rendu, j'en fais servir un second, mais un quart seulement et à l'eau froide. Puis je prescris le repos absolu dans le lit, et fais placer autour de la verge, sur le périnée, sur les cuisses, à l'anus et à l'hypogastre, des compresses imprégnées d'eau froide, mais mieux des vessies de cochon remplies au quart d'eau à la glace, ou de la glace grossièrement concassée. Si, après une demi-heure d'attente, le malade n'urine pas ou n'urine que très peu, je le fais placer sur le bord de son lit, garni d'une alèze en taffetas ciré, et lui fais servir de petites douches ascendantes froides et à jet continu pendant vingt à vingt-cinq minutes. Après cet espace de temps, je fais administrer un autre quart de lavement, et introduis moi-même, dans le rectum, de petits morceaux de glace à surfaces lisses et non blessants. D'un autre côté, je continue les applications réfrigérantes sur les parties indiquées plus haut. »

Grandes ventouses. M. le docteur Van der Broeck (3) a rapporté douze cas dans lesquels il est parvenu neuf fois à provoquer l'émission des urines sans le secours de la sonde, dans les cas d'affections cérébrales simples ou compliquées, en appliquant de *grandes ventouses* à la partie supérieure ou interne des cuisses. On peut essayer ce moyen dans tous les cas de rétention par simple distension.

Seigle ergoté. M. Allier (de Marcigny) (4) a cité des faits en faveur de l'utilité de l'*ergot de seigle*, même dans des cas où la rétention d'urine est due à une hémorrhagie cérébrale, et lorsque cette médication n'avait aucune influence sur la paralysie des membres concomitante. Il a donné le seigle ergoté à doses fractionnées et rapprochées, et en a porté la quantité jusqu'à 4 et 5 grammes par jour.

M. le docteur Duhamel (5) a réussi, dans un cas de rétention par inertie de la vessie, à rétablir le cours de l'urine, en administrant cette substance à la dose de 4 grammes par jour. M. le docteur Sainmont, de Rocroy (6), a rapporté un cas qui vient aussi à l'appui des observations de M. Allier.

Pour compléter ce traitement, il suffit de rappeler en peu de mots ce qui a été dit à propos de l'*incontinence d'urine ;* car, ainsi que je l'ai fait remarquer plusieurs

(1) *Gaz. méd. des hôp.*, 1849.
(2) *Union médicale*, 19 juillet 1849.
(3) Voy. *Revue méd.-chir. de Paris*, janvier 1848.
(4) *Bulletin de l'Ac. de méd.*, juin 1848, t. XIII, p. 1132.
(5) *The New-York Journ.*, et *Journ. des conn. méd.-chir.*, janvier 1846.
(6) *Gaz. des hôp.*, 15 juillet 1848.

fois dans l'article consacré à cette dernière affection, l'incontinence d'urine par regorgement a été confondue par beaucoup d'auteurs, dans un même traitement, avec l'incontinence incomplète. Nous retrouvons donc ici d'abord les *cantharides* que Kopp a données avec succès dans un cas, de la manière suivante :

℞ Teinture de scille......... 8 gram. | Teinture de baume du Pérou. 8 gram.

Dose : Vingt-quatre gouttes dans du vin, quatre fois par jour.

Puis il faut citer la *noix vomique*, la *strychnine*, données comme nous l'avons dit plus haut (1), les *toniques*, les *ferrugineux*, le *pétrole*, la *créosote*, etc. Les détails dans lequels je suis entré à propos de l'incontinence d'urine paraîtront suffisants, car ils s'appliquent parfaitement à la paralysie de la vessie.

Comme l'affection dont il s'agit ici se complique assez fréquemment de *catarrhe de la vessie*, on a encore conseillé les moyens mis en usage dans cette dernière maladie, comme les injections d'*eaux sulfureuses* ou *toniques*, etc., les *diurétiques*, en un mot les divers agents thérapeutiques qui ont été exposés avec détail dans l'article consacré à la *Cystite chronique*, et sur lesquels je n'aurais rien à ajouter d'important.

Le traitement que je viens de présenter est dirigé contre la paralysie chronique de la vessie et contre la rétention d'urine qui en est la conséquence. Quant à la paralysie par distension forcée des fibres de l'organe, elle n'exige guère que l'*emploi de la sonde ;* le développement seul d'une inflammation exigerait quelques moyens particuliers, qui ne sont autres que ceux que j'ai indiqués à l'article *Cystite aiguë*.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Dans les premiers temps, action du froid sur le corps, pour provoquer et favoriser l'expulsion de l'urine ; conseiller d'uriner dès que le besoin s'en fait sentir. Plus tard, cathétérisme ; boissons délayantes, légers diurétiques ; électricité ; grandes ventouses ; seigle ergoté ; moyens contre la paralysie de la vessie (2) ; moyens contre le catarrhe vésical (3).

ARTICLE VII.

NÉVRALGIE DE LA VESSIE.

La névralgie de la vessie, ou *cystalgie*, est une affection qui n'a été décrite que dans ces dernières années, et encore ne l'a-t-elle été qu'à l'occasion de la névralgie de l'anus, dont elle a été regardée par quelques uns comme la conséquence, et par M. Velpeau (4) comme le point de départ. Les observations que possède la science sur ce sujet, et surtout celles de M. Campaignac (5), offrent un grand intérêt ; cependant il est à désirer que de nouveaux exemples soient étudiés et les faits recueillis avec grand soin, car il reste un bon nombre de points que l'observation n'a pas encore suffisamment éclairés.

(1) Voy. *Incontinence d'urine.*
(2) Voy. *Incontinence d'urine.*
(3) *Voy.* l'article consacré à cette affection.
(4) *Dict. de méd., ou Répert. gén. des sc. méd.*, t. III, p. 282.
(5) *Journ. hebdomadaire de médecine*, t. II, p. 396.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

La névralgie de la vessie est une affection caractérisée par des douleurs vésicales sans lésion anatomique appréciable. Sans être très rare, elle n'est pas fréquente. La description des symptômes que je vais présenter rapidement fera sans doute penser, avec M. Velpeau, que la maladie a son siége primitif au col de la vessie, ou plutôt que la douleur, qui en est le principal et presque l'unique caractère, occupe le plexus nerveux qui se rend au col de la vessie et à la partie inférieure du rectum, et que par conséquent c'est une affection dont le siége est presque nécessairement multiple ou le devient tôt ou tard. Aussi voyons-nous les auteurs décrire en même temps la névralgie de la vessie et la névralgie de l'anus, et peut-être devrait-on lui donner le nom de *névralgie ano-vésicale*.

§ II. — Causes.

Les *causes* de cette affection ne nous sont pas connues, ainsi que le fait remarquer M. Velpeau ; mais il est permis de croire qu'un examen plus attentif, une analyse plus exacte des faits, amèneraient à quelques résultats étiologiques précieux à connaître. Cet auteur se borne à ajouter que cette maladie lui paraît dépendre fréquemment d'un *état hémorrhoïdaire* de la fin du rectum.

§ III. — Symptômes.

D'après les faits recueillis par les auteurs (1), la maladie commence par des douleurs de l'anus et des phénomènes que M. Velpeau décrit de la manière suivante : « Le fondement, dit-il, devient le siége de *douleurs lancinantes*, en apparence très superficielles, et qui font redouter au malade la moindre pression. Assez souvent ces douleurs reviennent par *accès*, tantôt brusquement, d'autres fois avec quelque lenteur, en laissant le sujet tout à fait libre dans l'intervalle ; il arrive aussi cependant qu'elles restent *continues*, avec quelques exacerbations.

» Chez certaines personnes, l'anus semble *se contracter* avec force par moments, et se relâcher bientôt après. Dans d'autres cas, *il s'entrouvre*, au contraire, d'une manière évidente, au point d'amener des *garde-robes involontaires.* »

Si déjà, dès le début, la vessie ne participait pas à cet état morbide, elle ne tarde pas à être envahie, et voici encore comment l'auteur que je viens de citer décrit les symptômes qu'on observe du côté de ce viscère ; ce résumé est ce qu'on peut présenter de plus exact dans l'état actuel de la science : « Le col de la vessie, dit M. Velpeau, ne tarde pas à se prendre, et la plupart des *signes rationnels de la pierre* en sont promptement la suite. J'ai vu tailler trois sujets sur de tels indices, un en province et deux à Paris, quoi qu'ils n'eussent pas de calculs.

» Les *besoins d'uriner* sont pressants, les *douleurs vives du côté de la prostate.* Le liquide *s'arrête parfois au milieu de l'excrétion*, pour repartir un instant après. Les souffrances augmentent quand le malade est échauffé ou fatigué.

» Le *cathétérisme*, ordinairement *fort douloureux*, cause un sentiment de brûlure remarquable ; mais l'instrument une fois arrivé dans le réservoir de l'urine, les douleurs se calment, dans certains cas, comme par enchantement.

(1) ULLMANN, *Encyc. Woert. des med. Wissensch.*, t. I, et CAMPAIGNAC, *loc. cit.*

» Les *urines* sont le plus souvent limpides, quelquefois glaireuses ou sanguinolentes. »

Telle est la description qu'il nous est permis de donner de cet état morbide qui, par la violence des douleurs et par sa ténacité, constitue une maladie parfois sérieuse. On n'a pas, comme on le voit, cherché à constater le point de départ précis de ces douleurs, et l'on n'a pas recherché convenablement s'il existe d'autres douleurs dans les parties environnantes, et en particulier aux lombes, à l'hypogastre et le long de la crête de l'os des iles. Je ne peux aussi m'empêcher de faire une remarque relativement aux urines glaireuses et sanguinolentes. Doit-on, en pareil cas, regarder la maladie comme étant dans un parfait état de simplicité? C'est ce dont on peut douter quand on se rappelle ce qui se passe dans les autres névralgies ou viscéralgies. Quelquefois dans les premières, et souvent dans les dernières, la sécrétion des organes affectés se trouve augmentée, mais non altérée, en sorte que si l'on peut, à la rigueur, admettre l'existence des urines glaireuses dans une simple névralgie, il n'est pas permis de le faire pour les urines sanguinolentes.

§ IV. — Marche; durée; terminaison.

Nous avons vu plus haut que les accès de douleurs se reproduisent à des intervalles irréguliers. La *marche* de la maladie est donc la même que celle des névralgies proprement dites, qui seront étudiées plus loin. Quant à la *durée*, il est impossible de l'indiquer d'une manière précise. « C'est, dit M. Velpeau, un mal qui s'use avec le temps. » Nous allons voir tout à l'heure ce que peut le traitement pour abréger cette durée. Du reste, il résulte de ce que je viens de dire, que la *terminaison* par la guérison peut être regardée comme constante.

§ V. — Lésions anatomiques.

L'absence de toute *lésion anatomique* est un caractère qui, pour être négatif, n'en est pas moins très important, puisqu'il nous fait connaître la nature de la maladie. « On ne voit dans les parties, dit encore M. Velpeau, ni rougeur, ni gonflement, ni la plus légère trace d'altération. » Et plus loin : « On ne trouve ni calcul ni coarctation ; en un mot, rien de matériel dans la vessie, l'urètre ou la prostate. »

§ VI. — Diagnostic.

Ce que je viens de dire de l'absence de toute lésion anatomique mérite d'être rappelé relativement au diagnostic ; car c'est par là, je le répète, qu'on s'assure qu'il est réellement question d'une névralgie. La marche de la maladie vient encore nous éclairer sur ce point, ainsi que la limpidité des urines.

§ VII. — Traitement.

Nous avons vu plus haut que le *cathétérisme*, après avoir causé une vive douleur, est suivi ordinairement d'un soulagement des plus marqués. Cette considération a engagé à mettre en usage l'introduction de la sonde comme moyen curatif, et M. Cheneau, cité par M. Campaignac, a rapporté un cas dans lequel le *cathétérisme répété* a été suivi d'une guérison complète.

Tous les auteurs ont remarqué un fait qui a paru curieux, c'est que les sujets taillés par méprise pour une simple névralgie de la vessie ont parfaitement

uéri et de l'opération et de la névralgie; mais ce fait rentre dans la règle générale ue j'ai établie d'après l'observation. J'ai constaté, en effet, que tous les moyens ıérapeutiques qui irritent violemment ou qui enflamment les parties affectées de ouleurs nerveuses ont des résultats avantageux : tels sont le vésicatoire, la cauérisation, l'incision. L'opération de la taille agit évidemment dans ce cas comme es moyens dirigés contre les névralgies. Il n'est toutefois pas besoin d'ajouter que, ıalgré l'innocuité qu'elle a présentée dans les cas indiqués, on ne saurait penser à ratiquer une opération aussi grave pour une simple affection douloureuse.

M. Velpeau a vu, chez un sujet, les accidents se calmer à la suite de l'introduction ans le rectum de *mèches* enduites d'une pommade où entraient de la *belladone* et e l'*extrait d'opium*; mais chez un autre, placé dans des circonstances semblables, : même moyen a été employé sans aucun succès. On pourra donc y avoir recours, ıais sans compter beaucoup sur son efficacité.

Les *pilules de Méglin* ont été prescrites par le même praticien; mais leur effet été trop incertain pour qu'on puisse leur accorder une grande importance dans affection dont il s'agit ici.

On recommande en outre les mèches enduites d'*onguent populéum*, les *lavements audanisés*, ou, au contraire, les *lavements laxatifs* et les *légers purgatifs* dans es cas de constipation, les *bains généraux* ou les *bains de siége*, les *narcotiques* à 'intérieur, les *antispasmodiques*, l'*eau de chaux*, etc. On comprend pourquoi je ne borne à une simple indication de ces moyens : d'un côté, nous n'en connaisons que très imparfaitement les effets, et, de l'autre, on voit un certain nombre de cas se montrer si rebelles à tous les traitements de ce genre, que, suivant une exression de M. Velpeau qu'il faut répéter ici, le mal (inutilement traité) s'use avec e temps. On trouvera, au reste, dans l'article sur les névralgies, un bon nombre le moyens applicables à la cystalgie.

CHAPITRE VI.

MALADIES DE LA PROSTATE ET DES VÉSICULES SÉMINALES.

Parmi les maladies qui ont pour siége la prostate et les vésicules séminales, il n'en est qu'une seule qui puisse être considérée comme étant du ressort de la ıathologie interne aussi bien que de la pathologie externe : c'est la *spermatorrhée*. C'est aussi la seule dont je vais m'occuper ici. Mais je dois auparavant entrer dans ıuelques explications qui me paraissent indispensables.

Il y a quelques années, j'ai eu à rendre compte (1) de la première partie de 'ouvrage de M. Lallemand (2) sur cette maladie, et l'examen attentif des obserations contenues dans cette première partie me porta à révoquer en doute l'exisence même de l'affection dans les cas les plus importants, c'est-à-dire dans ceux ıù l'auteur a admis l'existence d'évacuations involontaires de sperme pendant le our, et principalement pendant les actes de la miction et de la défécation. Depuis

(1) *Journ. hebdomadaire de médecine*, 1837.
(2) *Des pertes séminales involontaires*; Paris, 1836, 1re partie, in-8.

lors, j'ai lu avec non moins d'attention la suite de l'ouvrage, et il en est résulté pour moi, non plus une conviction que la forme que je viens d'indiquer n'existe réellement pas, loin de là, mais que plusieurs des faits cités n'apportent pas avec eux une démonstration aussi complète de son existence que paraît le croire M. Lallemand. Je n'ai pas l'habitude, mes lecteurs ont pu le voir, de résister aux preuves qui me paraissent concluantes. Nous faire bien connaître une maladie sinon entièrement nouvelle pour nous, du moins presque complétement ignorée, et en outre nous fournir des moyens efficaces de la traiter, est à mes yeux un titre tellement respectable, que je m'empresserai toujours de propager cette connaissance, lorsque je ne serai pas arrêté par des motifs purement scientifiques. D'un autre côté, personne n'est plus disposé que moi à rendre justice à l'incontestable talent et à la rare habileté de M. Lallemand; je dois même le dire ici d'avance, quelle que soit la manière d'interpréter un certain nombre de faits rapportés par cet auteur, il faut toujours reconnaître qu'il a rendu un service signalé en traitant et guérissant un grand nombre de malades dont l'affection, très diversement appréciée, avait résisté à un nombre considérable de moyens, et, dans beaucoup de cas, avait été regardée comme incurable. Si donc, dans le cours de cet article, je rappelle avec toute la réserve nécessaire quelques objections qui me paraissent avoir une certaine valeur, on ne saurait l'attribuer au mauvais vouloir, d'autant plus que je me hâterai de faire connaître les nouvelles preuves données par M. Lallemand, et que je les ferai connaître dans toute leur force, afin qu'on puisse voir comment et jusqu'à quel point la lecture des dernières parties de son ouvrage a modifié ma manière de voir.

Enfin, pour terminer ces explications, j'ajoute que la question est très difficile, que si, dans les observations citées par M. Lallemand, il est beaucoup de points obscurs, c'est que la symptomatologie de la maladie qu'il désigne sous le nom de pertes séminales involontaires présente, dans son étendue, une foule de détails d'une délicatesse extrême, et peut échapper à l'investigation la plus habile.

ARTICLE Ier.

PERTES SÉMINALES INVOLONTAIRES, OU SPERMATORRHÉE.

Lorsque M. Lallemand a entrepris ses recherches, la science ne possédait sur ce sujet que quelques mots d'Hippocrate (1) sur la *consomption dorsale*; des indications plus ou moins étendues dans quelques auteurs; un mémoire de Wichmann (2), adressé sous forme de lettre à Hensler; quelques commentaires de son traducteur Sainte-Marie (3), et de courtes descriptions de quelques syphiliographes. M. Lallemand a réuni un si grand nombre de faits dont il a rapporté la majeure partie dans son ouvrage, et a présenté la question sous des points de vue si nouveaux, principalement sous le rapport de la thérapeutique, qu'il s'est pour ainsi dire approprié le sujet, et qu'aujourd'hui, malgré des recherches (4) qui ont été

(1) *Œuvres complètes d'Hippocrate*, trad. par Littré, t. VI, *Des maladies*.

(2) *De pollut. diurna, frequentiori, sed rarius observ., tabesc. causa*; Gœttingue, 1782.

(3) Lyon, 1817.

(4) Voy. BENJAMIN PHILLIPS, *London med. Gaz.*, 1848; JAROWITZ, *Œsterr. Wochenschr.*; H. KALLA, *De la spermatorrhée*, Paris, 1846; etc., etc.

rand intérêt et dont je tirerai parti dans cet article, son traité est encore celui ui doit être le premier consulté au point de vue de la pratique. C'est donc princialement, d'après lui, que je vais tracer la description de la maladie; et pour éviter ous les embarras dans lesquels pourraient me jeter les incertitudes que je trouve ncore dans plusieurs points, voici comment je procéderai : je présenterai d'abord ette description comme si l'existence des pertes diurnes involontaires (celles du oins que j'ai spécifiées plus haut) était parfaitement incontestable; puis, à l'article *Diagnostic*, je signalerai ces incertitudes à côté des preuves fournies par I. Lallemand, afin que le lecteur puisse bien apprécier les unes et les autres.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

On donne le nom de *pertes séminales involontaires*, ou *spermatorrhée*, à l'évacuation de sperme qui a lieu pendant le sommeil avec ou sans érection et plaisir (pollutions nocturnes), et pendant la veille, soit avec un certain orgasme et un commencement d'érection, mais sans aucune des manœuvres ordinaires, soit d'une façon en quelque sorte mécanique, pendant les actes de la défécation et de la miction.

Les limites de la maladie ne sont pas, comme on le voit, parfaitement tranchées, et le mot spermatorrhée ne s'applique pas également bien aux divers cas qui viennent d'être mentionnés. Ainsi les pollutions nocturnes qui ont lieu avec érection et plaisir sont très compatibles avec une santé parfaite, lorsqu'elles se produisent chez un sujet très continent, et qu'elles ne sont pas très fréquentes; or, en pareil cas, il n'y a pas spermatorrhée. Ce nom ne convient parfaitement qu'aux cas où le sperme est évacué sans érection, sans plaisir, et dans l'acte de la défécation ou de la miction. Quoi qu'il en soit, il résulte de cette définition que les pertes séminales involontaires doivent être distinguées en trois espèces bien distinctes. La première consiste dans des *pollutions nocturnes*, et touche, comme je viens de le dire, par un point à la santé parfaite, et par l'autre à la maladie. Dans la seconde, nous trouvons les *pollutions diurnes*, qui, sans être soumises à la volonté, puisqu'elles ont lieu sans manœuvres d'aucune espèce, présentent néanmoins un certain orgasme et une apparence d'acte de la génération. La troisième est la *spermatorrhée* proprement dite.

Outre les noms de *pertes séminales involontaires* et de *spermatorrhée*, on a donné encore à cette affection les noms de *pollutions* nocturnes ou diurnes, de *blennorrhée de la prostate* (Swediaur), *consomption dorsale* (Hippocrate), *écoulement de semence*, *flux de semence*.

Il résulte des recherches de M. Lallemand que la maladie est assez fréquente, car il l'a reconnue dans un nombre considérable de cas où l'on n'avait vu avant lui qu'une simple impuissance, qu'une inflammation chronique de l'urètre et de la vessie, ou bien qu'une maladie purement nerveuse : l'*hypochondrie*.

D'après les recherches de M. B. Phillips (1) elle serait bien plus fréquente encore, car cet auteur a pu en rassembler 623 cas. Mais il faut remarquer que M. Phillips a observé un très grand nombre de cas de simples pollutions nocturnes, chez des sujets jeunes et continents; pollutions qui ne revenaient ordinairement pas très fréquemment, et qu'on ne saurait regarder comme une maladie. Cette considéra-

(1) *London med. Gaz.*, 1848.

tion ôte beaucoup de leur valeur aux résultats qu'il a tirés de ses faits. Mais c'est un point qu'il serait prématuré de traiter ici, et sur lequel il faudra nécessairement revenir à propos du *diagnostic*.

§ II. — Causes.

Les causes reconnues par M. Lallemand sont très nombreuses. Je vais les passer en revue en suivant la division ordinaire.

1° Causes prédisposantes.

On ne peut guère regarder comme causes prédisposantes que celles qui sont désignées, par l'auteur que je viens de citer, sous le nom de *dispositions congénitales*, et quelques *habitudes hygiéniques* particulières. De l'avis de M. Lallemand lui-même, elles sont fort obscures.

Age. M. B. Phillips (1) a constaté que, sur 623 sujets dont il a consulté l'histoire, 581 avaient moins de vingt-cinq ans; mais cela n'a rien que de bien naturel; parce que l'auteur n'a eu principalement en vue que les pollutions nocturnes en quelque sorte supplémentaires du coït. Au reste, cette réflexion s'applique à presque toutes les propositions avancées par cet auteur, ce qui me dispensera de multiplier les citations de son mémoire.

Parmi les dispositions congénitales, nous trouvons en première ligne la *longueur du prépuce* et l'*étroitesse de son ouverture*. Voici, en pareil cas, suivant M. Lallemand, comment se passent les choses. Cette longueur du prépuce, avec étroitesse de son ouverture, détermine entre lui et le gland une accumulation de matière sébacée qui entretient une irritation continuelle, provoque les désirs vénériens, et détermine la masturbation, suivie, à une époque plus ou moins éloignée, de la spermatorrhée. L'action de cette cause est, comme on le voit, très indirecte: elle a besoin, pour agir, de la masturbation, cause déterminante, laquelle, à son tour, doit être provoquée par l'irritation que produit la matière sébacée. M. Lallemand cite plusieurs faits (2) dans lesquels la maladie s'est produite de cette manière, et dans lesquels aussi l'excision du prépuce a été suivie d'une prompte guérison.

Une *affection dartreuse* fixée sur le prépuce, une *inflammation chronique* de cette partie, agissent de la même manière. Une affection dartreuse de l'anus et du scrotum peut, en irradiant son excitation vers les vésicules séminales, produire les mêmes désirs vénériens et les mêmes résultats.

La *faiblesse congénitale des organes génitaux*, leur *relâchement*, le *varicocèle*, sont placés par M. Lallemand, et après lui par M. Kaula, à peu près sur la même ligne que les causes qui viennent d'être mentionnées; mais après avoir examiné les faits qu'il rapporte, on se demande si cet état des organes est cause ou effet de la maladie. La même réflexion s'applique à l' *épispadias*, à l'*hypospadias*, et à l'*atrophie d'un testicule*.

Une disposition primitive des canaux éjaculateurs, ou *atonie congénitale de ces conduits*, est regardée par M. Lallemand comme une cause probable dans des cas où l'on n'en trouve pas d'autres; mais on sent combien une pareille opinion aurait

(1) *Loc. cit.*
(2) Obs. 91 et suiv.

esoin d'être confirmée par des faits détaillés et nombreux, et M. Lallemand ne cite l'appui qu'un fait (obs. 110) dans lequel cette cause n'est reconnue que par inuction. Il a pensé que les canaux éjaculateurs étaient relâchés, parce que le phincter de l'anus présentait un relâchement remarquable.

La *largeur exagérée du méat urinaire*, la flaccidité des corps caverneux, a aru à M. Lallemand l'indice d'une disposition congéniale aux pertes séminales inolontaires; mais il se contente de cette indication générale. Il a signalé de même *disproportion du gland* avec le corps caverneux, la *petitesse des testicules*, leur *escente tardive*, une *hernie congénitale*, et plusieurs autres circonstances de nême nature, qu'il est inutile de mentionner ici. On peut dire, en effet, d'une nanière générale, que tout état anormal annonçant la faiblesse ou le défaut de déeloppement est rangé par cet auteur dans cet ordre de causes. Mais il est permis le le redire ici, rien ne prouve que, dans tous les cas du moins, on doive regarder es circonstances comme des causes prédisposantes plutôt que comme des effets.

Une *susceptibilité nerveuse* assez marquée est, suivant l'auteur que je cite, un les principaux caractères du *tempérament* des sujets affectés de pertes séminales nvolontaires : « En général, ces malades étaient d'une *constitution grêle*, d'un tempérament nerveux plus ou moins prononcé; ils avaient été délicats pendant leur enfance, et sujets à divers symptômes spasmodiques. Quelques uns avaient conservé des contractions involontaires dans les muscles de la face et des paupières, de l'hésitation en parlant, des tics variés; leur imagination était ardente, mobile, leur sensibilité morale et physique très vive. Ils avaient de la peine à rester en place, et ne pouvaient supporter ni contrariété ni contention d'esprit prolongée.

» Dans leur enfance, ils avaient présenté des phénomènes locaux qui indiquaient une *susceptibilité particulière des organes urinaires;* c'est vers ces parties que retentissaient chez eux toutes les impressions un peu vives produites par la crainte, le chagrin, l'impatience, etc. »

M. Lallemand rapporte ensuite quelques faits à l'appui de l'influence de l'*hérédité*. Ces faits sont peu nombreux ; et quoiqu'ils soient remarquables, puisque dans l'un d'eux, entre autres, il s'agit de pollutions nocturnes et diurnes chez trois frères, on doit en désirer de nouveaux, car la question de l'hérédité dans les maladies est une de celles qui demandent le plus grand nombre de faits pour être résolues. Il en est de même de l'influence de l'*éducation*.

Enfin cet auteur reconnaît qu'il est un certain nombre de cas où l'affection se produit *sans cause appréciable*.

Sans nier l'influence de ces causes, on ne peut s'empêcher de faire remarquer qu'elles laissent des doutes dans l'esprit, parce que, d'une part, on n'a pas suivi assez exactement la marche de la maladie, quelle qu'elle soit, et que, de l'autre, il est une multitude de particularités qu'il est très difficile de constater, et dont presque toujours on a négligé de rechercher l'influence.

2° Causes occasionnelles.

Parmi les causes occasionnelles, nous trouvons en première ligne la *blennorrhagie* plus ou moins répétée. M. Lallemand cite un grand nombre d'observations dans lesquelles les symptômes se sont développés après la contractation de cette maladie, surtout quand elle a été mal guérie. L'inflammation de la prostate et des

canaux éjaculateurs étant la principale condition de l'émission involontaire d. sperme dans les faits rapportés par l'auteur, et l'inflammation chronique ou aig. du col de la vessie étant le plus souvent liée à cette affection, on devait s'attendre à ce résultat. Nous verrons à l'article *Diagnostic* comment ces faits peuvent ê. interprétés, dans un bon nombre de cas du moins.

Viennent ensuite des *affections cutanées*, telles que la *gale*, la *teigne*, divers. *dartres*, surtout lorsqu'elles ont leur siége vers l'anus, ainsi que nous l'avons v. plus haut. M. Lallemand cite un très petit nombre d'observations pour prouve leur influence, et ce nombre paraîtra insuffisant à ceux qui savent combien il. faut pour bien établir les faits de ce genre.

Les diverses *affections du rectum* sont également rangées parmi ces causes. et nous y trouvons les *hémorrhoïdes*, les *obstacles mécaniques à la défécation*, *vers intestinaux*, la *constipation*, quelle qu'en soit la cause. La constipation s. tout a fixé l'attention de tous les auteurs qui se sont occupés du sujet q. traite, parce que les efforts considérables pour aller à la garde-robe, et la pres. exercée par les matières fécales sur la prostate et les vésicules séminales dé. minent presque constamment chez les malades l'expulsion du liquide reg. comme du sperme. Parmi les vers intestinaux, ce sont les *oxyures* qui occas. nent particulièrement la spermatorrhée. Cependant cette maladie peut se prod. sous l'influence des ascarides lombricoïdes. M. le docteur Ossieur (1) en a cit. exemple remarquable. Il s'agissait seulement de pertes séminales nocturnes. *traitement vermifuge* ayant été prescrit après que le malade eut rendu de. lombrics, plus de vingt autres de ces entozoaires furent rejetés, et la guér. fut complète. Les cas de ce genre sont bien rares.

La *masturbation* et les *excès vénériens* de tout genre ont été aussi généralem. indiqués. Les cas dans lesquels cette cause est mentionnée sont extrêmement n. breux. Malheureusement, on n'a presque jamais indiqué le degré des excès q. d'une manière fort vague, et avec les termes exagérés dont se servent ordinair. ment les malades. Sans doute il a été impossible, dans beaucoup de cas, de fa. autrement ; mais l'objection se présente d'elle-même. Est-il rien de plus fréqu. que la *masturbation* et même les *excès vénériens?* Et qu'y a-t-il d'étonnant q. cette circonstance se présente très souvent à l'observation ? Il n'est assurément p. de maladie de laquelle on n'en pût dire autant, et la meilleure preuve, c'est qu'. l'a dit, puisque la masturbation, les excès vénériens constituent une de ces cau. banales qu'on retrouve dans toutes les affections. Je ne dis pas toutefois que la ch. soit inexacte ; je dis qu'il faut s'attacher encore à la mettre hors de doute par . faits rigoureusement analysés. Une *continence* exagérée, la *station assise* trop lo. temps prolongée, l'*équitation*, le *décubitus sur le dos* sont encore rangés p. M. Lallemand au nombre des causes occasionnelles de cette maladie qui, à u. époque avancée, se continue parfois par cela seul qu'elle a déjà existé et s. l'empire de l'*habitude*.

L'*abus de quelques substances usuelles ou médicamenteuses* paraît ensui. M. Lallemand avoir une influence sur la production des pertes séminales invol. taires. Ces substances sont les *astringents*, les *toniques*, les *purgatifs*, les *c. rides*, le *camphre*, le *nitrate de potasse*, le *seigle ergoté*, le *café*, le *thé* et le .

(1) *Annales de la Soc. d'émul.*, et *Journ. des conn. méd.-chir.*, oct. 1849.

fumer. Elles sont d'un usage si commun, et tant de personnes poussent cet usage rop loin, du moins en apparence, qu'il faudrait un nombre très considérable 'observations concluantes pour démontrer la réalité de cette assertion; or M. Lalemand ne citant guère qu'un fait pour chacune de ces causes, il est permis de 'y voir que de simples coïncidences.

J'ai exposé en détail cette étiologie, pour mettre chacun à même d'en apprécier ı valeur et de soumettre à une nouvelle observation les points qui lui paraîtront outeux; pour moi, je me contente de rappeler que les circonstances les plus orinaires dans lesquelles la maladie s'est déclarée sont les suivantes : Les organes énitaux présentaient une disposition particulière, et surtout la longueur du préuce, l'étroitesse de son ouverture et l'accumulation de la matière sébacée qui en st la conséquence; les sujets s'étaient livrés à la masturbation, ils avaient fait des xcès vénériens, ils avaient contracté une ou plusieurs blennorrhagies; ils avaient ne lésion du rectum.

§ III. — Symptômes.

La description des symptômes ne saurait être tracée d'une manière fructueuse i l'on n'établit d'avance une division tranchée entre les *symptômes locaux* et les *ymptômes généraux*. Ceux-ci, en effet, sont les mêmes, à l'intensité près, et sauf juelques autres nuances que j'aurai soin d'indiquer, pour les trois espèces admises lus haut. Les symptômes locaux, au contraire, diffèrent complétement suivant hacune de ces espèces, et c'est même sur cette différence que les espèces sont tablies. Je vais commencer par ces derniers, et je vais les étudier dans les trois spèces.

1° *Symptômes locaux.* — *Pollutions nocturnes avec ou sans érection et plaisir.* Chez un sujet jeune et continent, les pollutions nocturnes, résultat ordinaire de êves lascifs, sont, lorsqu'elles ne reviennent qu'à d'assez longs intervalles, et orsqu'elles ne laissent pas après elles un trop grand sentiment de faiblesse ou l'autres symptômes nerveux inquiétants, un signe de santé et de puissance, et non le faiblesse et de maladie. Mais, si elles se succèdent à de courts intervalles, plusieurs fois par semaine, par exemple, si le sujet reste dans un état marqué de langueur, s'il a moins d'aptitude au travail; en un mot, s'il présente à un certain degré les symptômes généraux qui seront décrits plus tard, la maladie commence, c'est on premier degré.

A une époque plus avancée, les sujets ont des évacuations spermatiques *sans êves lascifs*, ils *ne se réveillent pas immédiatement*, et lorsque le réveil arrive, ls se sentent brisés; la maladie est alors parvenue à un degré assez élevé, et, suivant les auteurs qui se sont occupés de ce sujet, suivant M. Lallemand en particuier, on doit s'attendre à voir survenir bientôt les *pollutions diurnes*, et enfin la *spermatorrhée proprement dite*, si même déjà les malades ne rendent pas, en urinant et en allant à la selle, une certaine quantité de semence sans s'en être aperçus.

Quelle que soit la manière dont se produisent les pollutions nocturnes, la *matière de l'évacuation* se trouve en nature, soit sur le corps des malades, soit sur leurs vêtements, et la constatation du fait ne présente aucune des difficultés que nous allons trouver lorsqu'il s'agira de l'évacuation du sperme avec les urines. Dans

canaux éjaculateurs étant la principale condition de l'émission involontaire d. sperme dans les faits rapportés par l'auteur, et l'inflammation chronique ou aig. du col de la vessie étant le plus souvent liée à cette affection, on devait s'attendr. ce résultat. Nous verrons à l'article *Diagnostic* comment ces faits peuvent ê. interprétés, dans un bon nombre de cas du moins.

Viennent ensuite des *affections cutanées*, telles que la *gale*, la *teigne*, divers *dartres*, surtout lorsqu'elles ont leur siége vers l'anus, ainsi que nous l'avons. plus haut. M. Lallemand cite un très petit nombre d'observations pour prouv. leur influence, et ce nombre paraîtra insuffisant à ceux qui savent combien il. faut pour bien établir les faits de ce genre.

Les diverses *affections du rectum* sont également rangées parmi ces causes. nous y trouvons les *hémorrhoïdes*, les *obstacles mécaniques à la défécation*, *vers intestinaux*, la *constipation*, quelle qu'en soit la cause. La constipation s. tout a fixé l'attention de tous les auteurs qui se sont occupés du sujet qu. traite, parce que les efforts considérables pour aller à la garde-robe, et la pr. exercée par les matières fécales sur la prostate et les vésicules séminales d. minent presque constamment chez les malades l'expulsion du liquide re. comme du sperme. Parmi les vers intestinaux, ce sont les *oxyures* qui occa. nent particulièrement la spermatorrhée. Cependant cette maladie peut se prod. sous l'influence des ascarides lombricoïdes. M. le docteur Ossieur (1) en a cit. exemple remarquable. Il s'agissait seulement de pertes séminales nocturnes. *traitement vermifuge* ayant été prescrit après que le malade eut rendu de. lombrics, plus de vingt autres de ces entozoaires furent rejetés, et la guér. fut complète. Les cas de ce genre sont bien rares.

La *masturbation* et les *excès vénériens* de tout genre ont été aussi générale. indiqués. Les cas dans lesquels cette cause est mentionnée sont extrêmement n. breux. Malheureusement, on n'a presque jamais indiqué le degré des excè. d'une manière fort vague, et avec les termes exagérés dont se servent ordinair. ment les malades. Sans doute il a été impossible, dans beaucoup de cas, de f. autrement ; mais l'objection se présente d'elle-même. Est-il rien de plus fréqu. que la *masturbation* et même les *excès vénériens?* Et qu'y a-t-il d'étonnant. cette circonstance se présente très souvent à l'observation ? Il n'est assurément. de maladie de laquelle on n'en pût dire autant, et la meilleure preuve, c'est qu. l'a dit, puisque la masturbation, les excès vénériens constituent une de ces cau. banales qu'on retrouve dans toutes les affections. Je ne dis pas toutefois que la. soit inexacte ; je dis qu'il faut s'attacher encore à la mettre hors de doute par. faits rigoureusement analysés. Une *continence* exagérée, la *station assise* trop l. temps prolongée, l'*équitation*, le *décubitus sur le dos* sont encore rangés. M. Lallemand au nombre des causes occasionnelles de cette maladie qui, à ce. époque avancée, se continue parfois par cela seul qu'elle a déjà existé et s. l'empire de l'*habitude*.

L'*abus de quelques substances usuelles ou médicamenteuses* paraît ensui. M. Lallemand avoir une influence sur la production des pertes séminales invo. taires. Ces substances sont les *astringents*, les *toniques*, les *purgatifs*, les ca. *rides*, le *camphre*, le *nitrate de potasse*, le *seigle ergoté*, le *café*, le *thé* et le.

(1) *Annales de la Soc. d'émul., et Journ. des conn. méd.-chir.*, oct. 1849.

fumer. Elles sont d'un usage si commun, et tant de personnes poussent cet usage op loin, du moins en apparence, qu'il faudrait un nombre très considérable observations concluantes pour démontrer la réalité de cette assertion ; or M. Lallnand ne citant guère qu'un fait pour chacune de ces causes, il est permis de y voir que de simples coïncidences.

J'ai exposé en détail cette étiologie, pour mettre chacun à même d'en apprécier valeur et de soumettre à une nouvelle observation les points qui lui paraîtront uteux ; pour moi, je me contente de rappeler que les circonstances les plus ornaires dans lesquelles la maladie s'est déclarée sont les suivantes : Les organes nitaux présentaient une disposition particulière, et surtout la longueur du préice, l'étroitesse de son ouverture et l'accumulation de la matière sébacée qui en t la conséquence ; les sujets s'étaient livrés à la masturbation, ils avaient fait des cès vénériens, ils avaient contracté une ou plusieurs blennorrhagies ; ils avaient ie lésion du rectum.

§ III. — Symptômes.

La description des symptômes ne saurait être tracée d'une manière fructueuse l'on n'établit d'avance une division tranchée entre les *symptômes locaux* et les *mptômes généraux*. Ceux-ci, en effet, sont les mêmes, à l'intensité près, et sauf ielques autres nuances que j'aurai soin d'indiquer, pour les trois espèces admises us haut. Les symptômes locaux, au contraire, diffèrent complétement suivant iacune de ces espèces, et c'est même sur cette différence que les espèces sont ablies. Je vais commencer par ces derniers, et je vais les étudier dans les trois pèces.

1° *Symptômes locaux*. — *Pollutions nocturnes avec ou sans érection et plaisir*. hez un sujet jeune et continent, les pollutions nocturnes, résultat ordinaire de ves lascifs, sont, lorsqu'elles ne reviennent qu'à d'assez longs intervalles, et rsqu'elles ne laissent pas après elles un trop grand sentiment de faiblesse ou autres symptômes nerveux inquiétants, un signe de santé et de puissance, et non : faiblesse et de maladie. Mais, si elles se succèdent à de courts intervalles, plueurs fois par semaine, par exemple, si le sujet reste dans un état marqué de lanieur, s'il a moins d'aptitude au travail ; en un mot, s'il présente à un certain degré s symptômes généraux qui seront décrits plus tard, la maladie commence, c'est n premier degré.

A une époque plus avancée, les sujets ont des évacuations spermatiques *sans ves lascifs*, ils *ne se réveillent pas immédiatement*, et lorsque le réveil arrive, se sentent brisés ; la maladie est alors parvenue à un degré assez élevé, et, suint les auteurs qui se sont occupés de ce sujet, suivant M. Lallemand en particur, on doit s'attendre à voir survenir bientôt les *pollutions diurnes*, et enfin la *ermatorrhée proprement dite*, si même déjà les malades ne rendent pas, en urint et en allant à la selle, une certaine quantité de semence sans s'en être erçus.

Quelle que soit la manière dont se produisent les pollutions nocturnes, la *maère de l'évacuation* se trouve en nature, soit sur le corps des malades, soit sur urs vêtements, et la constatation du fait ne présente aucune des difficultés que ous allons trouver lorsqu'il s'agira de l'évacuation du sperme avec les urines. Dans

les cas où la pollution a lieu avec érection et orgasme, les malades sont ordinairement réveillés immédiatement après l'*éjaculation*, qui a lieu toujours en pareil cas, et ils trouvent le sperme liquide, avec sa couleur, sa consistance, son odeur caractéristiques. Examiné au microscope, ce liquide présente un grand nombre d'*animalcules* bien conformés et vivaces.

Lorsque la maladie en est venue au point que l'éjaculation qui existe encore se fait sans érection et sans plaisir, le réveil n'a pas lieu immédiatement, le plus souvent du moins. A leur réveil, les malades trouvent vers la racine de la verge, sur leurs cuisses, sur leur chemise, des taches qui dans les premiers lieux se présentent sous la forme de croûtes très minces, brillantes et semblables, suivant la comparaison de M. Lallemand, aux traces que laisse le colimaçon. La *matière de ces taches*, délayée dans un peu d'eau, offre encore des animalcules au microscope; mais suivant que la maladie est plus ou moins avancée, ces animalcules sont plus ou moins vivaces, et dans quelques cas où elle a pris un assez haut degré de gravité, ils n'ont plus complétement leur forme naturelle, ils n'ont plus de queue, sont notablement plus petits, en nombre moins considérable et nagent dans le liquide plus aqueux et plus abondant qu'à l'état normal.

Pollutions diurnes avec un certain degré d'orgasme. C'est presque toujours, si ce n'est toujours, après avoir présenté pendant un temps plus ou moins long des pollutions nocturnes répétées, que les sujets ont les pollutions diurnes dont il est ici question. A un premier degré, ces pollutions ont lieu avec *érection presque complète*, mais par le *plus léger frottement*, et quelquefois *sans que ce frottement soit nécessaire*. Plus tard, non seulement l'*érection est fort incomplète*, ou même nulle d'après quelques faits, mais encore le contact, le frottement de la verge avec un corps quelconque devient inutile; il suffit d'un simple désir, de la vue d'un objet qui réveille des idées lascives, pour provoquer l'éjaculation, et l'on a vu même des sujets chez lesquels il était très difficile de découvrir rien de semblable. Je citerai plus loin, à propos des symptômes généraux, un fait que m'a communiqué M. Lisle, médecin très distingué qui s'occupe des maladies mentales, et l'on verra que dans ce fait l'existence d'un certain orgasme, suivi de l'émission d'un sperme bien élaboré et parfaitement reconnaissable à tous ses caractères, a été constatée sans qu'on ait pu s'assurer si le sujet avait des désirs vénériens et si l'évacuation de la semence avait lieu avec ou sans érection complète ou incomplète.

Lorsque cette érection se produit encore à un certain degré, il y a *éjaculation*, mais cette éjaculation est faible, et en général le sperme sort en bavant du méat urinaire; si l'érection n'a pas lieu, tout porte à croire qu'il n'y a pour ainsi dire qu'un simple écoulement de semence.

Les caractères que présente la *matière de l'émission* sont les mêmes que ceux que je viens d'indiquer à propos des pollutions nocturnes; seulement, comme la maladie est généralement plus avancée, les cas sont plus fréquents où le sperme est mal élaboré, plus aqueux, et contient des *animalcules* plus petits, moins nombreux et ayant perdu en partie leur forme.

Écoulement du sperme pendant la défécation et la miction, ou spermatorrhée proprement dite. Les phénomènes précédents ont ordinairement duré pendant un temps assez long, lorsque survient cette forme de pertes séminales involontaires

alors, soit que ces symptômes aient cessé complétement, soit qu'ils persistent encore à un certain degré, les malades commencent à rendre sans plaisir et souvent sans aucune sensation particulière, plus ou moins fréquemment, *en allant à la selle* ou seulement *en urinant*, ce qui est le cas le plus grave, une certaine quantité de *matière* qui, dans les observations, est décrite de la manière suivante :

Sa *quantité* est très variable ; en général, suivant M. Lallemand, elle devient de moins en moins considérable, suivant que les émissions sont plus fréquentes, et que par conséquent la maladie a fait de plus grands progrès. Son *aspect* ne varie pas moins ; semblable parfois à une décoction d'orge épaisse, à une masse grumeleuse demi-transparente, à des flocons glaireux, elle est indiquée quelquefois comme un *dépôt* bourbeux et fétide, ou même puriforme. Quant à l'*odeur*, on ne voit pas, dans les observations, que ce soit cette odeur *sui generis* si remarquable dans le sperme normal. C'est, comme je viens de le dire, une fétidité qui se produit plus ou moins promptement ou une odeur de chair pourrie. Dans un passage de son traité, sur lequel j'aurai à revenir, M. Lallemand, dit, il est vrai, que très souvent on peut constater l'odeur caractéristique du sperme ; mais on sent combien il eût été nécessaire de le dire dans les observations, car les faits étant variables, on ne peut savoir d'une manière précise si cette assertion s'applique à tous les cas, ou seulement à quelques uns, et quels sont ces cas : distinction bien nécessaire, néanmoins, puisque les doutes qui peuvent s'élever sur la spermatorrhée proprement dite ne sauraient s'étendre aux simples pollutions nocturnes ou diurnes, et que la réalité de l'émission du sperme, dans la première, devait par conséquent être spécifiée de la manière la plus rigoureuse.

Quoi qu'il en soit, voici comment se passent les choses, d'après les faits cités par M. Lallemand. Dans les cas les moins graves de cette espèce, les malades, à la fin de l'acte de la défécation, rendent la matière dont je viens d'indiquer les propriétés physiques ; dans les plus graves, ils la rendent aussi bien en urinant simplement qu'en allant à la garde-robe, et c'est surtout avec les dernières gouttes d'urine que s'écoule le liquide particulier dont il est question ; cependant l'examen microscopique a montré que parfois il s'en échappe avec les premiers jets d'urine. Ce n'est pas constamment, et chaque fois que les malades urinent et vont à la selle, c'est à des *intervalles plus ou moins rapprochés*, *suivant la plus ou moins grande gravité des cas*, et ces émissions coïncident principalement avec la constipation, avec une irritation exaspérée de l'anus et du rectum, avec une congestion hémorrhoïdaire, etc.

Voyons maintenant comment on s'est assuré que le liquide rendu est réellement du sperme. M. Lallemand fait d'abord observer que ce liquide est abondant, qu'il peut y en avoir une cuillerée à café et plus, et qu'il est rendu brusquement, ce qui, selon lui, indique déjà qu'il s'agit de la liqueur spermatique ; ensuite il signale le caractère important qu'a cette matière de *mousser comme du savon*, quand on la frotte entre les doigts, et d'émettre, après ce frottement, l'*odeur caractéristique du sperme*, même quand elle est le plus aqueuse. Ces caractères sont, comme on le voit, bien frappants, et il n'en faut pas plus pour reconnaître que du sperme est évacué dans ces circonstances ; nous allons voir, de plus, que l'examen microscopique a fait découvrir les animalcules dans le liquide. On pourrait donc se demander, dès à présent, comment il serait permis d'élever des objections contre l'exis-

tence de ce degré de la maladie. Mais ce serait anticiper, et, je le répète, c'est un point important qu'il faudra traiter avec tout le soin nécessaire à l'article *Diagnostic*.

Les *urines* offrent aussi, par suite de la présence du sperme, quelques caractères qu'il importe de faire connaître. Les dernières gouttes, dit M. Lallemand, « sont épaisses, gluantes, visqueuses et s'arrêtent quelquefois à l'ouverture du gland comme des *grumeaux caillebottés*, d'une consistance qui peut égaler celle de l'amidon ; ce sont elles seulement qui laissent sur la chemise des empreintes semblables à celle de l'empois. Les malades reconnaissent facilement eux-mêmes, à la consistance particulière de ces dernières gouttes, à leur onctuosité entre les doigts, qu'ils viennent d'avoir une pollution diurne.

» Dans les cas récents, ajoute cet auteur, on voit rouler au fond du vase de petites granulations de volume variable, demi-transparentes, irrégulièrement sphériques, assez semblables à des grains de semoule. On ne peut confondre ces granulations avec aucun sel urinaire, parce qu'elles se montrent avant le refroidissement, parce qu'elles sont molles et n'adhèrent jamais aux parois du vase ; d'un autre côté, l'urètre, la prostate, la vessie, les reins ne peuvent fournir de granulations semblables, surtout avec des urines transparentes. Ces granulations viennent donc des vésicules séminales, comme je le démontrerai plus tard d'une manière directe : elles peuvent, par conséquent, être regardées comme des signes certains de pollutions diurnes.

» Au reste, ces malades sont avertis du passage de ce sperme encore consistant par un *frôlement particulier* qui provient de la densité inaccoutumée de l'urine. Ils distinguent également les contractions des vésicules séminales qui produisent si souvent ces pollutions diurnes : aussi ne s'y trompent-ils guère, même pendant la nuit.

» Il est bon de remarquer encore que c'est presque toujours *après une excitation vénérienne* qu'ils éprouvent des pollutions semblables : ainsi, par exemple, c'est après un rêve érotique, des rapports avec une femme, une lecture lascive, la vue d'images ou de scènes lubriques, qu'elles surviennent (1) ; ou bien c'est à *la suite d'une excitation mécanique des organes génitaux* ; souvent même les tissus érectiles sont encore dans une espèce de turgescence quand le besoin d'uriner se fait sentir. La réunion de toutes ces circonstances indique assez que ces pollutions sont *les moins passives* de celles qui ont lieu pendant l'émission des urines ; aussi sont-elles les moins graves et les plus rares.

» D'autres malades éprouvent des phénomènes bien différents : leur verge se rapetisse et se retire vers les pubis, par suite d'une *douleur qui s'étend du col de la vessie jusqu'au gland*. C'est l'arrivée des urines sur un point très irrité du canal qui provoque ces contractions spasmodiques, auxquelles les sphincters et les vésicules séminales ne tardent pas à prendre part.

» D'autres sensations annoncent quelquefois l'arrivée d'une pollution inévitable : c'est tantôt un *battement*, une *douleur au périnée, ou à la marge de l'anus* ; tantôt un *frisson*, un *malaise général*, un *élancement dans les mamelons des seins*, etc. Ceux qui sont habitués à ces coïncidences particulières savent parfaitement qu'ils trouveront au fond de leurs urines un dépôt floconneux contenant les granulations dont j'ai parlé ; et leur conviction à cet égard est si intime, qu'ils en éprouvent

(1) Voy. DESLANDES, *De l'onanisme et des autres abus vénériens* : Paris, 1835, in-8.

nmédiatement une espèce de sueur froide, accompagnée souvent d'un sentiment le défaillance.

» Quand la maladie a fait des progrès, *le passage du sperme n'est plus guère ipprécié par les malades*, et *les urines ne laissent plus déposer de granulations issez volumineuses pour se rassembler au fond du vase;* mais elles contiennent ın *nuage épais*, homogène, blanchâtre, *parsemé de petits points brillants*, qui ;agne les couches inférieures, et qu'on a comparé, avec raison, au dépôt qui se orme dans une décoction d'orge ou de riz un peu concentrée...

» Je crois que les *granulations brillantes* dont j'ai parlé ne doivent laisser au-:une incertitude sur la nature du nuage dans lequel on les observe....

» Pour bien observer tous les caractères dont je viens de parler, il importe, joute M. Lallemand (1), de prendre quelques précautions.

» Chaque émission doit être recueillie dans un vase séparé, car les urines ren-lues à différentes époques de la journée ne présentent pas toujours la même appa-ence. Ce sont ordinairement celles du matin qui sont plus chargées, surtout quand a nuit a été mauvaise; d'autres fois, se sont celles qui succèdent à des excitations hysiques ou morales des organes génitaux, *à un refroidissement subit*, *à une di-yestion laborieuse*, à une émotion violente, de quelque nature qu'elle soit. Souvent es urines sont parfaitement transparentes pendant toute une journée, pendant olusieurs jours même, et les malades éprouvent alors une amélioration notable dans eurs fonctions...

» Il est clair que les verres doivent être bien transparents pour permettre toutes es observations : les plus commodes sont les verres dont on se sert pour conserver les onfitures, parce que le fond en est plat et mince, ce qui permet d'observer exacte-nent le liquide dans tous les sens; mais les verres à champagne forcent le dépôt à e rassembler dans un espace plus étroit, ce qui est avantageux quand on doit y uiser de l'urine pour la soumettre à des recherches microscopiques. »

Les *recherches microscopiques* viennent ensuite compléter l'exploration, et quoi-ue je sois déjà entré dans de grands développements sur cet état des urines, je rois ne devoir négliger aucun détail de cet examen délicat et important. La ma-ıdie dont je traite est nouvellement connue; elle peut, quelle que soit sa nature, e présenter tous les jours au praticien, et chacun comprendra combien il est né-essaire d'être bien au courant de la question, car il ne s'agit de rien moins, pour malade, que de la perte complète de la santé pendant de longues années, et ıême de la mort, et pour le praticien d'une méprise cruelle, ou, au contraire, de ı cure complète d'un mal qui semblait irremédiable.

Après avoir indiqué le procédé du docteur Devergie, qui consiste à verser le épôt dans un tube de verre effilé par un bout à la lampe, et à couper, pour l'ex-érience, l'extrémité de la pointe, de manière à ne laisser tomber que quelques outtes d'urine sur le porte-objet; après avoir mentionné ceux qui consistent à uiser dans le dépôt avec une pipette, à filtrer le liquide, et à examiner les animal-ules restés sur le filtre; après avoir fait remarquer la difficulté de ces procédés, I. Lallemand propose le suivant, qui lui a toujours réussi.

Il recommande au malade de recevoir sur un petit morceau de verre une goutte e la matière exprimée du canal de l'urètre, après l'émission de l'urine, ce qui

(1) *Des pertes séminales involontaires*, t. II, p. 357.

peut se faire en quelque endroit qu'il soit, et de laisser dessécher cette matière, ce qui n'exige que deux ou trois minutes. « Après quoi, ajoute-t-il (1), ce morceau de verre peut être transporté partout, envoyé à toutes les distances, pourvu qu'on le préserve de la poussière et des frottements. Il ne reste plus à l'observateur qu'à laisser tomber une goutte d'eau sur la tache laissée par l'évaporation, pour rendre à la matière sa première fluidité, et tous les caractères qu'elle avait avant son dessèchement, quand bien même il aurait duré plusieurs années. » Il suffit ensuite de placer le verre sur le porte-objet pour pouvoir procéder immédiatement à l'examen microscopique.

C'est en se livrant à ces recherches que M. Lallemand a constaté la rareté de plus en plus grande des animalcules chez les sujets affectés de pertes séminales, et qu'il a observé la diminution de leur volume, et leur état sphérique, dans les cas les plus graves. Une autre remarque qu'il a faite, et qui n'est pas la moins importante, c'est que la vitalité des animalcules diminue à mesure que la maladie fait des progrès. « Les zoospermes, dit-il, ont disparu complétement vers le huitième jour, dans les cas les plus fâcheux, tandis que, dans d'autres, ils étaient encore reconnaissables après cinquante jours. Je n'en ai jamais rencontré plus tard ; mais par analogie, je crois que le docteur Donné (2) a pu en reconnaître après trois mois d'immersion, puisqu'il a opéré sur de la liqueur séminale provenant d'individus bien portants. »

Tels sont les signes caractéristiques qui complètent les phénomènes locaux de la maladie ; il faut néanmoins ajouter quelques détails sur un état de l'urine dû à des complications fréquentes, sur les diverses sensations qu'éprouvent les malades hors des moments où ils urinent, et sur l'état des parties génitales.

Une *complication* très fréquente, et soigneusement signalée par M. Lallemand lui-même, se trouve dans la cystite, soit aiguë, soit chronique ; et de plus la prostate, les canaux éjaculateurs, et même les vésicules séminales présentent très souvent un haut degré d'inflammation, ainsi que nous le montrera la description des lésions anatomiques. Il en résulte que les nuages, les dépôts que contient le liquide urinaire, ne sont pas uniquement formés de sperme plus ou moins altéré. On y trouve encore du *mucus*, du *muco-pus*, et même du *pus* en nature, provenant de la prostate. Les caractères que je viens d'indiquer et ceux que j'ai donnés à l'article *Cystite aiguë et chronique* servent à faire distinguer ces divers produits ; il serait inutile d'y revenir ici.

Il résulte aussi de ces altérations organiques que les malades éprouvent souvent de la *gêne*, de la *pesanteur*, de la *douleur*, vers l'hypogastre, le périnée, la région anale, surtout quand ils marchent ou qu'ils vont à cheval ; quelques uns supportent difficilement la position assise, surtout en voiture, position qui a en outre le désavantage de provoquer les émissions spermatiques.

Enfin, lorsque la maladie est parvenue à une époque avancée, on voit que cet état de flaccidité, de mollesse des organes génitaux, signalé plus haut comme une disposition congénitale à la spermatorrhée, est portée à un degré beaucoup plus haut, et que ces organes ont perdu toute leur énergie.

2° *Symptômes généraux*. Parmi les symptômes généraux, M. Lallemand place

(1) T. II, p. 419.
(2) *Cours de microscopie* : Paris, 1844, p. 275.

en première ligne l'*infécondité*, conséquence nécessaire de l'impuissance qui survient au bout d'un temps plus ou moins long, mais qui peut aussi exister sans impuissance proprement dite. Ce symptôme pourrait tout aussi bien être placé parmi les symptômes locaux, puisque, comme nous allons le voir, dans beaucoup de cas, il n'est que l'expression d'un état purement local.

L'infécondité résulte d'abord de ce que l'*éjaculation est trop faible ou trop précipitée*. Dans le premier cas, la liqueur séminale n'est pas suffisamment projetée ; dans le second, elle l'est avant qu'il y ait intromission complète de la verge ; et dans l'un et l'autre, il n'y a pas, suivant M. Lallemand, excitation suffisante de l'utérus.

Une autre cause d'infécondité est l'altération de la liqueur spermatique que nous avons fait connaître plus haut. Tant que les animalcules sont encore bien conformés, cette cause est faible, bien que leur nombre soit considérablement diminué ; mais lorsqu'ils sont réduits à l'état de corps sphéroïdes ou de granules, la fécondation ne peut avoir lieu, ce qui est prouvé par ce fait, que des sujets étant revenus à un très bon état de santé, et *puissants*, sont restés inféconds, parce que les animalcules n'ont pas repris leur conformation normale, ce que M. Lallemand attribue à un reste d'inflammation des glandes et des conduits spermatiques, ou aux altérations qui en sont la suite naturelle.

L'*impuissance* est un symptôme très fréquent, et qui souvent n'attend pas, pour se produire, que la maladie soit portée au plus haut degré. Beaucoup de malades même ne commencent à s'inquiéter sur leur sort, à remarquer l'état de faiblesse et le dépérissement dans lequel ils se trouvent, à noter les phénomènes qui se passent du côté des parties génitales, et enfin à recourir au médecin, que lorsque des tentatives plus ou moins fréquentes les ont convaincus de leur impuissance. D'abord cette impuissance peut ne se montrer que de loin en loin et dans certaines circonstances, et alors on observe déjà les érections incomplètes et l'éjaculation précipitée ; mais plus tard l'impuissance est complète et permanente, et devient une des principales causes de cette hypochondrie, dans laquelle nous verrons que sont plongés la plupart des malades.

Du côté des *organes de la digestion*, on observe les symptômes suivants, exposés par M. Lallemand, qui ne nous a malheureusement pas donné une analyse exacte des faits, et qui s'est contenté de ses impressions générales. Dans les premiers temps, l'appétit est conservé ou même augmenté. « La sensation de la faim n'est pas, dit M. Lallemand, celle de la faim ordinaire : c'est une espèce de *rongement*, de chaleur rapportée à l'épigastre ; c'est un malaise, une angoisse qui va presque jusqu'à la défaillance. L'ingestion d'une petite quantité d'aliments fait cesser cette pénible sensation, et, bientôt après, le dégoût arrive. Mais ils s'efforcent de manger *par raison*, comme ils disent, ou bien ils multiplient les repas à mesure que ces tiraillements d'estomac se rapprochent. D'une manière ou de l'autre, ils prennent, dans les vingt-quatre heures, plus d'aliments que leur estomac n'en peut digérer sans fatigue. » Les mets fortement épicés sont alors recherchés comme stimulants de l'appétit, et ont pour résultat d'irriter l'estomac, de rendre les digestions plus pénibles, et même de provoquer de nouvelles pertes séminales.

« Des phénomènes variés, fort importants à étudier, accompagnent, ajoute

M. Lallemand, ces digestions laborieuses... Une certaine *pesanteur* se manifeste bientôt à l'épigastre, s'étend aux parties voisines, et produit un *malaise*, une inquiétude qui obligent à changer de place, à se mouvoir. Le *pouls s'accélère*, il devient même quelquefois tumultueux ; la *face s'injecte* et se colore rapidement : il survient du vague, du trouble dans les idées, des éblouissements, des tintements d'oreilles, des *vertiges*, enfin des *symptômes de congestion* qui peuvent être portés au point de faire craindre une hémorrhagie cérébrale.

» Une espèce de *torpeur* croissante succède à cette excitation, à mesure que le travail de l'estomac devient plus fatigant ; de là une tendance à l'inaction et à l'*assoupissement*. D'un autre côté, des *rapports* acides ou nidoreux, une *chaleur âcre et mordicante* fixée vers la fin de l'œsophage, une espèce de *pyrosis*, etc., indiquent assez combien est vicieuse l'élaboration des aliments. »

Du côté de l'intestin, on observe des *coliques* sèches, des pincements d'entrailles, un développement considérable de gaz, avec sentiment de distension fixé principalement aux hypochondres, des *flatuosités*, et de ces symptômes joints à ceux qui ont pour siége l'estomac résultent par moments des espèces de crises, des attaques douloureuses que les malades redoutent beaucoup.

Une *constipation* souvent très opiniâtre est un des symptômes les plus constants de la maladie. On observe néanmoins, à des intervalles plus ou moins éloignés, des coliques, des tranchées, des selles liquides, infectes : *diarrhée* momentanée qui se reproduit à chaque écart de régime. Chez quelques sujets, cette diarrhée devient rebelle, même sans complication, lorsqu'ils persistent à prendre des aliments en trop grande quantité.

Ces troubles digestifs, dont je n'ai pas voulu abréger la description, parce que, dans une affection de ce genre, tout est important à considérer, auraient pu, comme on le voit, être désignés par le seul mot de *gastro-entéralgie*. Ils sont une conséquence de la débilitation extrême de l'organisme, et leur existence n'a rien qui doive étonner. Toutefois je ferai remarquer que M. Lallemand n'a pas insisté sur eux dans un bon nombre de ses observations, et que peut-être il les a décrits d'après des types, ce qui leur ôterait une partie de leur valeur ; car comment savoir si cette description s'applique à tous les cas ?

Les *voies respiratoires* offrent aussi quelques symptômes assez importants, et qui tiennent, comme les précédents, à la faiblesse générale : ce sont l'*essoufflement*, un certain degré d'*oppression*, parfois l'irrégularité des inspirations, des soupirs fréquents, en un mot, des signes qui annoncent que l'acte respiratoire a peine à s'accomplir. Il y a souvent une petite *toux* sèche, nerveuse, des *douleurs* vives vers la région du cœur et dans d'autres parties de la poitrine, douleurs qui affectent très probablement les nerfs intercostaux. D'après M. Lallemand, il n'est pas rare d'observer une disposition extraordinaire à contracter des catarrhes pulmonaires, des enrouements, des extinctions de voix ; mais quoique la chose n'ait rien d'étonnant, puisque des faits très nombreux nous apprennent qu'une grande faiblesse est une des principales causes prédisposantes des diverses inflammations, il eût mieux valu spécifier les cas et en indiquer la proportion.

Quant à la *phthisie pulmonaire*, cet auteur n'a pas trouvé de rapport évident entre sa manifestation et la maladie dont il s'agit ici, et les principes d'étiologie qu'il établit à ce sujet sont excellents, mais malheureusement trop peu suivis. La

oix, chez les sujets affectés de spermatorrhée, est d'autant plus faible, sourde et)ilée, que la maladie a fait de plus grands progrès; mais cette altération dépend niquement de la débilitation générale.

L'*appareil circulatoire* participe à cet état d'épuisement général, et il en résulte es *palpitations* nerveuses, souvent très violentes, et excitées par la moindre notion. M. Lallemand n'a jamais vu que ces palpitations fussent dépendantes 'une maladie organique du cœur. Elles reviennent à des intervalles très variables. es battements sont précipités, irréguliers, désordonnés, mais ils n'ont jamais plus 'étendue, plus de force qu'à l'ordinaire (1). Lorsque les palpitations ont acquis ur plus haut degré de fréquence, elles s'accompagnent parfois d'un *léger bruit* *souffle*, dû sans doute à un certain degré d'*anémie*. Le *pouls*, habituellement ›tit et faible et un peu accéléré, participe nécessairement à cette variabilité des ıttements du cœur; mais il n'est pas exact de dire qu'il existe une *fièvre* lente; . Lallemand a parfaitement constaté qu'il ne se déclare pas de mouvement brile, à quelque époque que ce soit, à moins de complication.

Les symptômes généraux les plus importants, ceux qui doivent spécialement tirer l'attention du médecin, sont sans contredit ceux qui dépendent des *troubles e l'innervation*.

Nous avons vu qu'au moment de l'émission du sperme, surtout dans les cas où s pertes ont lieu hors du moment de la miction ou de la défécation, les malades)rouvent un trouble particulier, une commotion générale; en un mot, un véri- ble orgasme, mais que cet orgasme est suivi d'un abattement plus profond que ıns les émissions volontaires, d'une sensation de vide dans la tête, d'une grande istesse, etc. Lorsque la maladie dure depuis un certain temps, et surtout lors- ı'il existe des pertes pendant les excrétions urinaire et fécale, le malade éprouve ı affaiblissement général; ses forces musculaires sont très abattues, parfois 'esque anéanties. La *sensibilité* devient souvent obtuse dans certaines parties nitées, par exemple les mains, un côté de la poitrine, l'abdomen, et cette dimi- ıtion de la sensibilité a pour caractère de changer facilement et fréquemment de ace. Quelques malades éprouvent des *sensations particulières*, comme un senti- ent de chaleur locale et même de brûlure; la sensation d'un courant d'air froid, un courant d'eau, du fluide électrique dans certaines parties, ou encore un sen- nent de froid général plus marqué aux extrémités, de contusion, de compression, torpeur, de formication, etc., vers le dos et les lombes. Ces phénomènes sont, ı reste très divers et varient beaucoup, non seulement d'un sujet à l'autre, mais core chez le même sujet. D'après les observations de M. Lallemand, et l'examen s faits le prouve amplement, on ne saurait attribuer à une altération anato- ique de la moelle épinière ces troubles nerveux si divers. Les auteurs qui, mme M. Deslandes, ont voulu trouver, dans une affection aiguë ou chronique de moelle, la cause organique de la maladie dont il s'agit ici, ont été trompés par simples coïncidences.

Quelques sujets ont présenté certaines dépravations de *goût*; d'autres se sont ıints d'avoir parfois la *bouche* pâteuse, amère, etc.; mais ces symptômes peu im- 'rtants, et liés à la gastro-entéralgie, peuvent même être regardés quelquefois comme

(1) LALLEMAND, *loc. cit.*

une simple illusion, ou du moins une expression exagérée de sensations insignifiantes de la part de sujets tombés dans l'hypochondrie. Il en est de même de la perte ou de la diminution de l'*odorat* dont quelques uns se plaignent; cependant quelques substances, et en particulier le tabac, ont assez fréquemment pour effet d'affecter péniblement l'odorat et le goût, en même temps qu'ils produisent des effets généraux. C'est ainsi que le tabac détermine bien plus fréquemment chez ces malades, que chez tout autre, les signes d'intoxication qui lui sont propres.

L'*ouïe* et la *vision* finissent par participer à l'affaiblissement général, et, de plus, la première est rendue obtuse par des bruits particuliers entendus dans les oreilles (bourdonnements, sifflements, tintements), et la seconde par des éblouissements, des contractions involontaires des muscles des yeux, etc. « Du reste, dit M. Lallemand, l'affaiblissement de la vue varie, comme tous les autres symptômes généraux, suivant les individus et les périodes de la maladie. Dans les cas les plus remarquables, la paralysie peut même augmenter au point de devenir à peu près complète. Je viens d'en voir encore un exemple tout récent. » Cependant l'existence de l'*amaurose* est un fait rare, et, suivant la remarque de cet auteur, un des yeux est ordinairement affecté, avant que l'autre éprouve aucune altération.

La *céphalalgie* est un symptôme fréquent; mais il est rare qu'elle soit continue; seulement on peut dire que les malades y sont très sujets, surtout quand ils ont des pertes abondantes; cette céphalalgie consiste d'abord en une pesanteur, une gêne, un sentiment de compression, et, plus tard, en douleurs gravatives, vagues et mobiles. Elle est surtout occasionnée par l'insomnie, les digestions laborieuses, une contention d'esprit. M. Lallemand a constaté que cette douleur de tête n'était pas plus un symptôme d'inflammation du cerveau ou de ses membranes, que les douleurs du tronc et des membres ne le sont d'une affection de la moelle épinière.

Le *sommeil* est léger, peu réparateur, et, lorsque la maladie a fait de grands progrès, les malades se lèvent plus fatigués qu'au moment où ils se sont couchés, surtout lorsqu'ils ont eu des évacuations séminales. Dans les premiers temps, ils ont des rêves érotiques, pendant lesquels ont lieu ces évacuations; plus tard, ce sont des rêves effrayants, de véritables cauchemars; enfin, dans la période la plus avancée, il peut y avoir une insomnie complète. « Alors, dit M. Lallemand, ces malheureux passent très souvent toute la nuit à s'agiter sans pouvoir trouver une position passable, à se découvrir et à se recouvrir, à se lever et à se recoucher; tantôt ils se promènent avec agitation, ou ils se roulent sur leur lit comme des furieux, comme des aliénés; tantôt ils tombent dans le morne affaissement du désespoir; ils ont par instants tout le corps brûlant et la tête en feu; ils sentent leurs artères battre sur leurs oreillers, puis ils se trouvent glacés et couverts d'une sueur froide.

» Pendant l'obscurité de ces longues nuits sans repos, leur imagination se nourrit des souvenirs les plus tristes, les plus humiliants; leur pensée revient sans cesse aux projets les plus sombres, les plus extravagants. C'est alors surtout qu'ils sont poursuivis par les plus violentes *tentations de suicide*. »

Ces *angoisses*, cette *agitation* extrême durent jusqu'au jour: alors quelques uns tombent dans un sommeil lourd et pénible; « mais, ajoute l'auteur, ceux qui ont la force de se lever se hâtent d'aller respirer l'air frais du dehors. »

Dans le jour, au contraire, les malades sont plongés dans une *torpeur* fatigante, aquelle ils cherchent à échapper par tous les moyens.

Les auteurs qui se sont occupés du sujet que je traite ont tous remarqué un en-nble de symptômes qui se reproduit à des intervalles variables, et qui ne peut être pporté qu'à des *congestions* vers la tête, congestions qui sont quelquefois assez ·tes pour faire craindre une attaque d'*apoplexie*. Elles sont caractérisées par l'in-:tion de la face, l'accélération du pouls, sa précipitation, son irrégularité, quoi-ie l'artère présente un défaut de résistance marqué, la céphalalgie l'embarras de parole, un bégaiement momentané, des étourdissements, la faiblesse des jambes, s chutes. Ces congestions vont sans cesse en se rapprochant et alarment beau-up les malades.

Le *caractère* ne tarde pas à être profondément altéré. Les malades sont ibles, pusillanimes; ils n'ont aucune décision, aucune volonté, et si l'on en voit uelques uns se lancer dans des entreprises difficiles ou affronter de grands périls, 'est l'impossibilité de supporter les tourments qu'ils endurent, ou le désir de en voir débarrassés par la mort, qui les pousse irrésistiblement malgré leur pusil-nimité. Ils deviennent froids, indifférents, égoïstes, occupés uniquement de urs souffrances, comme le sont tous les hypochondriaques. Ils sont irritables, ·ascibles, tristes, découragés, faisant souffrir tout ce qui les entoure, et cepen-lant se disant persécutés.

Le *dégoût de la vie* et les *idées de suicide*, que j'ai signalés plus haut, viennent ompléter ce tableau de l'hypochondrie propre aux individus affectés de pertes éminales. J'ai sous les yeux une observation recueillie par M. le docteur Lisle, lans laquelle le penchant au suicide, chez un sujet d'ailleurs très pusillanime, était el qu'il s'exposait aux intempéries, aux courants d'air, etc., dans l'espoir de se lonner une maladie mortelle. J'ai dit plus haut comment d'autres sont portés à e donner la mort par des moyens qui paraissent terribles à tout le monde et qui loivent l'être bien davantage à leurs yeux.

Cet état n'est pas continu dans les premiers temps de la maladie ; parfois on voit es sujets sortir de leur torpeur et de leur tristesse, et alors ils sont souvent ·emarquables par l'excès de leur gaieté, par leur confiance, par leur expansion. Ces changements sont presque toujours le résultat d'une amélioration passagère le l'état local, et ne durent pas plus qu'elle. A une époque avancée de la maladie, on ne les observe plus.

La *mémoire* se perd peu à peu ; la langue s'embarrasse souvent vers la fin, et ce n'est plus, comme à une époque rapprochée du début, une timidité excessive qui fait balbutier les malades, mais bien la difficulté qu'ils éprouvent à mouvoir cet organe, affaibli comme le reste du corps. Enfin on voit survenir un *affaiblissement des facultés intellectuelles*, leur obtusion presque complète, et ce symptôme paraît souvent d'autant plus remarquable, que le sujet avait montré jusqu'au début de la maladie une intelligence très grande et beaucoup d'activité d'esprit.

L'altération des facultés intellectuelles peut aller jusqu'à la *folie*. C'est un fait dont je me suis assuré plusieurs fois à la *maison de santé du Gros-Caillou*, et dont pourront se convaincre tous ceux qui s'occupent des maladies des aliénés, s'ils veulent bien faire les recherches nécessaires. C'est, du reste, un point très important sous le rapport du traitement, et que je rappellerai à l'article *Folie*.

A mesure que les symptômes précédents se succèdent, un *dépérissement* général se manifeste. Le corps maigrit de plus en plus, jusqu'à ce que l'on observe un véritable *marasme* ; ce qui n'a lieu qu'au bout d'un temps fort long, lorsqu'on n'a rien fait pour arrêter la marche de la maladie et lorsqu'elle tend à une terminaison fatale. La *face* pâlit ; les *yeux* sont excavés, languissants, ternes ; les traits sont effilés ; les cheveux tombent ; en un mot, on voit apparaître tous les signes d'une nutrition languissante, absolument incapable de réparer les pertes fréquentes de liqueur séminale.

Tel est le tableau des symptômes si multipliés assignés par les auteurs aux pertes séminales involontaires. Le sujet est si neuf et si important, que c'eût été faire perdre à cette description tout son intérêt que d'en supprimer quelques détails. C'est, je le répète, une grande question de pratique, qu'il fallait nécessairement étudier à fond.

Suivant M. B. Phillips (1), ces symptômes ne se produisent que dans le cas où les malades entretiendraient leur spermatorrhée par la masturbation. Mais, je le répète, les faits qu'il cite ne sont pas concluants, parce qu'il n'a pas mis de côté, dans son appréciation, les cas nombreux où il n'y avait que de simples pollutions nocturnes, peu fréquentes, chez des sujets jeunes et trop continents ; de telle sorte qu'au lieu d'être une maladie, ces pollutions n'étaient qu'un acte physiologique utile à la santé. J'ai eu, pour ma part, dans l'intervalle de la première et de la seconde édition de cet ouvrage, l'occasion de voir un nombre assez considérable de sujets chez lesquels de véritables pollutions morbides nocturnes et diurnes produisaient un plus ou moins grand nombre de ces symptômes.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison.

Ayant décrit les symptômes dans l'ordre dans lequel ils se présentent, j'ai peu de chose à ajouter sur la *marche* de la maladie. Nous avons vu que naturellement elle offre une grande irrégularité au début : tantôt, en effet, les symptômes se montrent très intenses, et tantôt ils s'améliorent notablement suivant des circonstances très diverses. Plus tard ces améliorations deviennent de plus en plus rares, jusqu'à ce qu'enfin elles ne se montrent plus, et l'affection fait des progrès continuels.

La *durée* de la maladie est toujours très considérable et ordinairement d'un grand nombre d'années. Celle des diverses périodes est variable suivant les sujets, et surtout suivant la fréquence des pertes séminales. Quelquefois, en effet, aux pollutions nocturnes succèdent promptement les pollutions diurnes avec orgasme, suivies promptement elles-mêmes de pertes pendant l'émission des urines et la défécation, tandis que, chez certains sujets, on n'observe pendant très longtemps que des pollutions nocturnes et que, chez d'autres, les pollutions diurnes avec orgasme ne sont pas suivies d'écoulement de sperme pendant la miction, ou ne le sont qu'à une époque très éloignée.

La maladie n'a aucune tendance à se terminer spontanément par la guérison. M. Lallemand a vu des sujets en être affectés jusqu'à cinquante et soixante ans. Après cet âge, la sécrétion du sperme diminuant notablement, a-t-on lieu d'espérer cette *terminaison* favorable ? C'est ce qu'il est permis de croire, mais ce qui

(1) *Loc. cit.*

'est pas prouvé, et ce qui, dans tous les cas, n'est pas général, puisque M. Lalle-
iand a été consulté par un vieillard que des pollutions nocturnes avaient jeté dans
État le plus alarmant. D'un autre côté, il est bien rare, si même le fait existe,
ue la mort puisse être attribuée uniquement aux pertes séminales ; c'est une autre
ffection qui vient emporter le malade, et cette affection détermine d'autant plus
cilement la mort que le sujet est plus affaibli.

§ V. — Lésions anatomiques.

M. Lallemand a décrit l'état des organes dans neuf cas rapportés au commence-
nent de son ouvrage ; mais un seul de ces cas a pu être convenablement observé,
t malheureusement encore, dans ce cas, l'inspection microscopique de l'urine n'a
as été faite, ou du moins n'a pas été mentionnée. Quoi qu'il en soit, je vais indi-
uer rapidement les lésions signalées par M. Lallemand, me réservant de revenir
ur ce point à l'occasion du diagnostic.

La prostate est, dans les cas d'inflammation aiguë, gorgée de pus concret, ferme
et jaunâtre, semblable à un tubercule, le tissu environnant restant sain ; l'inflam-
mation plus avancée y laisse pour traces une infiltration de pus ou de matière pul-
tacée ; plus tard, on peut faire sourdre le pus par les conduits excréteurs, il y a des
abcès disséminés, ou bien la prostate, doublée et triplée de volume, contient beau-
coup de matière purulente. L'inflammation chronique peut avoir détruit une partie
de cet organe, avoir causé l'ulcération de ses follicules muqueux, l'avoir réduit à
une simple coque criblée de trous.

On trouve également des traces d'inflammation aiguë ou chronique dans les
canaux éjaculateurs, les vésicules séminales, les canaux déférents, les testicules et
même les tissus environnants : par exemple, le tissu cellulaire qui sépare la vessie du
rectum et le péritoine voisin. Les conduits éjaculateurs se sont montrés dilatés,
isolés, comme disséqués par l'inflammation suppurative. On a trouvé les vésicules
séminales déformées, cartilagineuses, osseuses, pleines de pus concret, et conte-
nant du sperme altéré. Des lésions analogues se sont montrées dans les conduits
urinaires depuis l'urètre jusqu'aux reins ; mais il suffit de les indiquer et de dire
qu'elles appartiennent toutes à l'inflammation aiguë ou chronique.

Il est bien évident que des lésions semblables ne doivent pas exister chez le plus
grand nombre des sujets affectés de pertes séminales, et que, dans les cas qui
viennent d'être cités, celles-ci ne doivent être regardées que comme un symptôme
secondaire d'affections extrêmement graves par elles-mêmes. Tout ce qu'on peut
en induire, c'est qu'un certain degré d'inflammation, qui doit être assez léger,
puisque, comme nous le verrons plus loin, il cède très facilement à des moyens
très simples, est la condition organique nécessaire de la spermatorrhée. On ne peut
toutefois se dissimuler l'insuffisance des recherches anatomo-pathologiques sur ce
point.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Nous voici parvenus à la partie la plus importante de cet article. Il ne s'agit de
rien moins, en effet, que de juger, d'après les observations, si dans les différents
cas rapportés par M. Lallemand et les auteurs qui l'ont précédé, on avait affaire à
une véritable perte spermatique ou à une autre maladie.

Pour arriver à un résultat positif, il faut nécessairement se rappeler la divis importante que j'ai établie au commencement de l'article. Car on conçoit facilement que les doutes qui peuvent s'élever sur une forme de la maladie, la *spermatorrhée proprement dite*, par exemple, pourraient très bien ne pas atteindre le autres formes. Il est malheureux que les auteurs, et M Lallemand en particulier, n'aient pas été convaincus de cette nécessité. Au lieu d'analyser chaque observation et de donner, sinon dans toutes, du moins dans les principales, les résult. détaillés de l'examen attentif du liquide rendu, ils se sont contentés d'indiqu d'une manière sommaire l'aspect, la consistance, quelquefois l'odeur des dépô trouvés dans les urines; et si M. Lallemand a ajouté plus tard à ces indications u description plus exacte et l'étude microscopique du liquide particulier rendu av les urines, c'est presque uniquement d'une manière générale, sans applicatio directe aux cas divers, et ordinairement sans tenir compte des pollutions avec orgasme que les malades avaient pu avoir avant l'inspection, de telle sorte que ne trouvons pas dans son ouvrage la démonstration rigoureuse qu'il eût pu facilement nous donner. Quelques détails feront mieux sentir ce que j'avance.

D'abord on ne peut mettre en doute l'existence des *pollutions nocturnes* parvenues au point de constituer une véritable maladie. Les faits rapportés par les auteurs, et ceux que chaque médecin a pu observer, ne laissent aucune incertitu à cet égard. Chez certains sujets, ces pollutions nocturnes deviennent telles. habituelles que les plus grandes précautions ne peuvent les en préserver. M. Lallemand en a rapporté des exemples évidents. Dans ces cas, outre les renseignements fournis par les malades qui nous apprennent que ces pollution ayant d'abord lieu avec un orgasme assez fort pour les réveiller, ont fini par produire sans que le malade endormi en eût la conscience, nous avons l'exam de la liqueur émise, qui détruit toute objection, d'autant plus que le liquide n mêlé à aucune autre substance qui puisse donner lieu à l'erreur. Les observate ont toujours constaté, dans ces cas, les caractères propres du sperme.

Les *pollutions diurnes* qui ont lieu hors de la miction et de la défécation, qui s'accompagnent d'un certain orgasme, sont plus difficiles à concevoir, et ce pendant l'examen des faits ne laisse pas plus de doute sur leur existence que s celle des précédentes. Il est des sujets qui, à la vue d'un objet qui excite leur désirs, qui éveille leur imagination, ont une érection avec éjaculation; chez d'autres l'érection est incomplète et l'éjaculation n'a pas moins lieu; chez d'autres il suffit d'un simple attouchement. J'ai connaissance de plusieurs faits de ce genr et sans doute il est peu de praticiens qui n'aient eu occasion d'en voir. Ceu qu'a cités M. Lallemand ne donnaient aucune prise à l'erreur, et c'est ici le ... de rappeler l'observation qui m'a été communiquée par M. le docteur Lisle, dans laquelle le sujet, parfaitement éveillé, à la suite d'un trouble particulier d'une espèce de commotion générale, se sentait mouillé par un liquide do l'odeur caractéristique, la couleur, la consistance, ont pu être parfaitement constatées, de manière à ne pas permettre de douter que ce fût du sperme. Le même observateur m'a cité un fait semblable récemment recueilli, et qui présente cel remarquable, que, comme le précédent, il se rapporte à un sujet affecté d'une monomanie suicide qui s'était manifestée par des tentatives terribles.

Les cas de ce genre ont encore l'avantage de ne laisser aucun doute sur la na-

ture du liquide excrété; il n'est pas rejeté en même temps que les urines, il n'est pas mêlé à des produits morbides qui peuvent provenir de la vessie, de l'urètre, d'un abcès prostatique; aussi toutes les fois qu'on a pu l'examiner, lui a-t-on reconnu toutes les qualités et rien que les qualités de la liqueur séminale. Cette seconde forme fort importante, et dont l'étude suffirait seule pour donner un très haut degré de valeur aux travaux des auteurs qui se sont occupés de ce sujet, et surtout à l'ouvrage de M. Lallemand, ne peut donc soulever aucune discussion relativement au diagnostic.

C'est par conséquent la *spermatorrhée proprement dite* qui présente seule des difficultés de diagnostic, et qui peut laisser quelques incertitudes sur son existence. Les raisons que l'on peut faire valoir pour la soutenir sont : 1° que cette affection survient assez souvent en même temps ou après des pollutions nocturnes et diurnes plus ou moins répétées; 2° qu'à la fin de l'émission des urines, plusieurs sujets éprouvent une sensation particulière vers le périnée; 3° qu'au même moment il s'écoule par l'urètre une matière plus ou moins visqueuse, dans laquelle on a fréquemment trouvé des animalcules spermatiques, des globules ou des corps sphéroïdes brillants; 4° que plus la durée de cet état morbide se prolonge, plus le dépérissement et les symptômes qui accompagnent les évacuations exagérées de liqueur séminale font des progrès sensibles. Ces motifs sont, comme on le voit, d'un très grand poids; mais peuvent-ils remplacer une démonstration plus directe? Je ne le pense pas. Combien n'eût-il pas été plus concluant de suivre toutes les phases de la maladie, et de nous en montrer les progrès en s'éclairant de l'inspection microscopique, non pas d'une manière générale, mais chez les divers malades en particulier.

Voici, en effet, les objections qu'on peut élever : 1° On dit que la spermatorrhée survient après des pollutions nocturnes et diurnes, ou, pour mieux dire, dans le cours de ces pollutions qui sont très fréquentes; mais ne peut-on pas admettre que le sperme trouvé dans les urines provient de ces pollutions? On le peut d'autant plus, que, suivant M. Lallemand lui-même, il y a déformation de la prostate, déviation des conduits éjaculateurs, en un mot, diverses lésions qui peuvent empêcher l'éjaculation de se faire convenablement, et déterminer la rétention d'une certaine quantité de sperme, qui s'échappera ensuite avec les urines. Mais on ajoute : 2° que la quantité de matière rendue à la fin de l'émission des urines est considérable. Cette preuve n'est pas aussi concluante qu'on pourrait le croire au premier abord. Dans les différents cas cités, il y avait soit une cystite aiguë ou chronique, soit une inflammation de la prostate, et l'on sait que ces maladies donnent lieu à une sécrétion morbide qui s'échappe surtout à la fin de la miction, et qui forme des dépôts dont les caractères ne diffèrent pas sensiblement de ceux qui sont mentionnés dans les observations. Une analyse très rigoureuse des faits aurait pu seule lever ces difficultés. On dit ensuite : 3° que les malades éprouvent, au moment de la sortie de cette matière, une certaine sensation qui a son siége vers le périnée. Or, ne pourrait-on pas attribuer cette sensation à ce simple passage d'une matière muqueuse ou muco-purulente sur des surfaces irritées, enflammées, et surtout à la contraction nécessaire pour cette émission, dans des parties ainsi altérées? Un autre argument, c'est que : 4° des animalcules, des globules, des corps brillants existent dans la matière ainsi rendue, et que parfois cette matière a les autres

qualités du sperme. Je ferai d'abord remarquer que malheureusement ces circo… stances ne sont presque jamais mentionnées dans les observations ; que presq… toujours on se contente d'indiquer un dépôt blanchâtre, visqueux, sanieux, féti… semblable au résidu d'une décoction d'orge ou de riz ; et j'ajouterai que beaucou… d'observateurs ne sont pas encore parfaitement convaincus que les globule… surtout les corps brillants, soient des animalcules atrophiés. Quant aux cas où … animalcules existent d'une manière évidente, ne sont-ils pas, dans un cert… nombre de cas du moins, le résultat de pollutions nocturnes ou diurnes pendant lesquelles il y aurait eu émission interne? Plusieurs observateurs… M. Donné (2) entre autres, ont trouvé des animalcules spermatiques dans … urines, après de semblables pollutions, et après le coït. Enfin, quant à l'argum… qui consiste à dire qu'après ces évacuations il survient un dépérissement et … symptômes semblables à ceux que déterminent les évacuations excessives de sper… on peut répondre que ce dépérissement et ces symptômes sont communs à bea… coup de maladies chroniques, qu'ils sont ceux de la gastralgie intense, de l'hyp… chondrie, qu'elle qu'en soit la cause, et que l'existence d'une affection quelco… des voies urinaires, si elle est grave, peut en donner raison.

Ces objections que je présente ne sont pas faites, on le pense bien, dans le sim… but de critiquer ; elles en ont un plus important et plus utile : c'est celui de pr… voquer des explications qui fassent passer dans tous les esprits une conviction q… tous les praticiens sont loin de partager ; et je serais heureux si M. Lalleman… répondait à cette demande par l'analyse rigoureuse des faits, telle qu'on … la désirer ; car personne plus que moi n'est pénétré de l'importance de la qu… tion.

Ce qui prouve d'ailleurs que cette étude rigoureuse serait bien loin d'être inu… c'est que, dans l'ouvrage de M. Lallemand, on trouve des faits dont l'exa… attentif démontre que le diagnostic de la maladie n'est pas, dans un certain nom… de cas, si sûr que les hommes les plus habiles ne puissent prendre pour une sp… matorrhée une affection toute différente. Personne n'est évidemment mieux p… que cet auteur pour éviter toute espèce d'erreur. Eh bien, qu'on examine la … tième observation du *Traité des pertes séminales*, et l'on verra que des sy… ptômes qui s'appliquent tous à une glucosurie, et qui ne peuvent s'appliqu… qu'à cette maladie, d'ailleurs reconnue, ont été regardés comme des signe… spermatorrhée. La méprise était bien excusable, sans doute, puisque, d'une part… il y a de nombreux points de ressemblance symptomatique entre la glucosur… et les pertes séminales, et que, de l'autre, les symptômes de la première de … affections, ainsi que son mode de production, n'étaient pas encore parfaitem… appréciés à l'époque où écrivait l'auteur (1839) ; mais il n'en résulte pas m… que la spermatorrhée n'est pas une affection telle qu'il suffise d'énoncer l'ex… tence des pertes séminales, et qu'on ne saurait trop accumuler les preuves.

Si maintenant je voulais exprimer mon opinion sur ce point en litige, je dirais q… malgré les imperfections de la démonstration que j'ai dû faire ressortir, il rés…

(1) On n'a pas oublié que, par le mot *pollution*, j'entends l'émission du sperme, avec un … tain orgasme et hors du moment de la miction, et que je réserve le nom de *spermatorrhée* pr… ment dite à l'écoulement involontaire du sperme pendant cet acte isolé ou pendant la défécat…

(2) *Cours de microscopie* ; Paris, 1844, p. 275.

pour moi des faits précédents, que l'existence de la spermatorrhée proprement dite est aujourd'hui bien démontrée; mais que, selon toutes les apparences, on a exagéré un peu la fréquence de cette maladie.

Du reste, il n'y a dans tout cela, pour un bon nombre de cas du moins, qu'une manière différente d'interpréter la maladie; car si l'on n'admet pas l'écoulement du sperme pendant la miction même, il faut bien admettre des pollutions nocturnes et diurnes très nombreuses et très faciles, lorsqu'avec le microscope on a trouvé des animalcules dans le dépôt urinaire. Cette manière de voir, qui laisse à l'affection toute son importance, diffère beaucoup de celle que j'ai publiée il y a quelques années; et cependant, alors comme aujourd'hui, je crois ne m'être prononcé que d'après les faits. Dans la première partie de son ouvrage, M. Lallemand, non seulement n'avait pas présenté les résultats de l'inspection microscopique du dépôt urinaire, mais, dans aucun cas même, il n'avait trouvé à ce dépôt aucun des caractères spéciaux du sperme ; ses propres observations parlaient contre lui. Dans les observations suivantes, et dans quelques faits qui m'ont été communiqués, ou que j'ai observés moi-même, j'ai trouvé, outre les preuves irréfragables de l'existence des pollutions diurnes, un grand nombre de motifs d'admettre la spermatorrhée proprement dite ; je me suis empressé d'en faire mon profit, et d'attirer l'attention des médecins sur ce point de pratique qui leur paraîtra bien plus important encore lorsque j'aurai fait connaître les détails et les résultats du traitement.

La description que j'ai donnée de la matière rendue par les malades me dispense d'exposer en détail le diagnostic différentiel de cet écoulement et de ceux d'une autre nature qui peuvent se faire par l'urètre. Je me contente d'ajouter que les écoulements urétraux n'ont pas lieu seulement dans certains moments, et que la matière ne s'échappe pas en masse comme dans la spermatorrhée, mais d'une manière continue et en petite quantité à la fois.

Est-il plus nécessaire de rechercher quelles sont les affections qu'on pourrait confondre avec les pertes séminales ? Je ne le pense pas. Ce seraient, en effet, la la *gastralgie*, la *gastro-entéralgie*, l'*hypochondrie* ; mais il n'y a réellement pas de différences, puisque ces dernières affections constituent les symptômes généraux de la spermatorrhée. Il ne s'agit donc que de rechercher la cause de ces états pathologiques, et il suffit de dire que, chez tous les sujets qui présentent ces maladies accompagnées d'un dépérissement sensible, on doit interroger l'état des voies urinaires, et examiner avec soin le liquide excrété, ce qui réduit le diagnostic à l'exploration décrite plus haut au sujet des symptômes. Les mêmes réflexions s'appliquent à la *glucosurie*, qui présente en outre des signes particuliers caractéristiques : l'abondance des urines, le sucre qu'elles contiennent, etc., etc. (1).

Il serait, par conséquent, inutile d'insister sur ce diagnostic, qui n'exige pas de tableau synoptique.

Pronostic. Le pronostic de la maladie varie suivant son espèce et l'époque plus ou moins avancée où elle est parvenue. Les pollutions nocturnes, même très fréquentes, n'ont généralement pas de gravité réelle ; mais si on ne leur oppose les moyens appropriés, elles sont suivies de pollutions diurnes toujours graves. Celles-

(1) Voy. *Glucosurie, ou diabète sucré.*

ci, en effet, occasionnent un dépérissement, une prostration extrêmes, et souvent le désespoir, avec tendance irrésistible au suicide. La spermatorrhée proprement dite est bien plus grave encore : elle expose les jours du malade. Toutefois il faut ajouter que la prompte efficacité du traitement, dans la presque totalité des cas, prouve que l'affection n'est pas aussi dangereuse que l'état général des sujets pourrait d'abord le faire croire.

§ VII. — Traitement.

Quelque opinion qu'on se fasse sur la nature de la principale forme de la maladie qui nous occupe, on ne peut s'empêcher, en présence des faits nombreux observés par M. Lallemand, de reconnaître que ses recherches l'ont conduit à triompher, par un traitement que je vais exposer avec détail, de maladies longues, graves, désespérantes, et, sous ce rapport, il a évidemment rendu un service éclatant. Des sujets profondément débilités, incapables d'aucune occupation sérieuse, parfois poussés irrésistiblement au suicide et présentant des symptômes évidents de folie, ont été rendus à la santé, à la tranquillité d'esprit, à leurs travaux ; ce serait une grande injustice de dénier de si beaux succès. Rien n'est donc plus intéressant pour le praticien que la thérapeutique de cette affection.

Pour mettre dans l'étude du traitement un ordre convenable, il faut, avec M. Lallemand, passer en revue les divers moyens mis en usage suivant les causes de la maladie.

Lorsque l'affection est occasionnée par la présence des oxyures dans le rectum, ce que l'on reconnaît aux démangeaisons excessives produites par ces vers dans cette partie, à la rougeur du pourtour de l'anus, et souvent, comme je l'ai dit plus haut (1), à la vue de ces petits animaux, on peut d'abord mettre en usage l'*eau froide*. « On peut, dit M. Lallemand, commencer par la température de 25 degrés centigrades, pour descendre ensuite à 15 et même à 10. Il importe d'*introduire autant d'eau que possible*, afin qu'elle atteigne les parasites les plus éloignés de l'anus, et qu'elle détache avec plus de force ceux qui sont encore adhérents. Les *douches ascendantes* ont, sous ce rapport, un grand avantage, puisqu'elles ne sont qu'un lavement prolongé, d'une action continue et très énergique. C'est surtout le soir, cinq ou six heures après le dernier repas, qu'il convient de prendre ces injections froides et copieuses, parce que c'est l'heure à laquelle les ascarides descendent avec les matières fécales dans la partie inférieure du gros intestin. »

Plus tard, on peut prescrire le lavement suivant :

℞ Chlorure de sodium	1 à 3 cuillerées progressivement
Eau	1 litre.

Prendre de cette solution la quantité suffisante pour un grand lavement.
On doit recommander au malade de le garder quelque temps.

M. Lallemand recommande ensuite les lavements avec des infusions d'*armoise*, de *tanaisie*, d'*absinthe*, de *sauge* et surtout de *santoline blanche* ; il recommande aussi de ne pas prescrire les infusions trop concentrées, et pendant plus de deux ou trois jours de suite, de crainte de déterminer dans le rectum une irritation qui pourrait

(1) Voy. *Oxyures*.

avoir pour effet d'augmenter momentanément les pertes. Si les ascarides ne sont pas complétement détruits, on reprend les lavements après avoir laissé reposer l'intestin pendant quelques jours; si l'excitation était trop prononcée, les lavements *émollients*, ou avec la décoction de *pavot*, en feraient promptement cesser les symptômes.

Suivant cet auteur, les onctions d'*onguent mercuriel* recommandées par M. Cruveilhier ont l'inconvénient de ne pas pouvoir être portées assez haut, et par conséquent de ne pas détruire tous les oxyures.

Les injections avec une solution de *deutochlorure de mercure* ont leur efficacité, mais il ne faut pas dépasser la proportion suivante :

♃ Deutochlorure de mercure............	0,05 à 0,010 gram.
Eau............................	1 litre.

M. Lallemand craint qu'une plus grande proportion ne détermine cette irritation du rectum dont je viens de parler.

On peut prescrire encore les *lavements purgatifs*, *huileux*, les *injections d'eaux sulfureuses*, et aussi les divers anthelmintiques que j'ai mentionnés à l'article *Oxyures* (1), soit en les portant dans le rectum, soit en les administrant par la bouche.

Comme *anthelmintique* donné à l'intérieur, M. Lallemand conseille principalement le *calomel* à la dose de 40 à 60 centigrammes, si l'estomac peut le supporter. Les autres *mercuriaux*, comme les pilules de Plenck, de Sédillot, agissent de la même manière; mais c'est assez insister sur ce point : il suffit d'avoir indiqué la cause aux praticiens, pour qu'ils trouvent promptement les moyens de faire cesser son action.

M. Lallemand a cité un assez grand nombre de faits qui prouvent que la médication anthelmintique a assez souvent suffi seule pour mettre un terme aux pertes séminales; mais on n'est pas moins souvent obligé d'avoir recours à d'autres moyens, parce que la maladie, ne dépendant pas toujours d'une cause unique, a besoin d'être attaquée de plusieurs manières à la fois.

Lorsque la maladie est due à une affection dartreuse (*herpes præputialis*, *eczema*, etc.) fixée à l'anus, sur le prépuce, sur le périnée, et à plus forte raison occupant en même temps tout le corps, on prescrit les *eaux sulfureuses* à une température moyenne, ainsi que les autres moyens reconnus comme efficaces dans ces maladies et que je ne mentionnerai pas ici, parce que j'aurai à les faire connaître en détail lorsque je traiterai des maladies de la peau.

Quand la maladie a été primitivement causée par l'accumulation de la matière sébacée entre le prépuce et le gland, si le prépuce n'est pas trop long ou son ouverture trop étroite, il suffit des soins ordinaires de propreté pour dissiper l'irritation locale et les pollutions qui en résultent. M. Lallemand a cité plusieurs faits qui prouvent l'efficacité de ce traitement si simple. Mais si le prépuce est dans les conditions que je viens d'indiquer, ce qui est le cas le plus ordinaire, on ne doit pas hésiter à en pratiquer l'*excision*. La même opération doit être faite lorsque cet état du prépuce empêche les médicaments d'agir convenablement

(1) Voy. art. *Oxyures*.

contre les affections dartreuses. Pour qu'elle ait toute son efficacité, il ne faut pas se contenter d'une simple incision, mais *enlever circulairement le prépuce*.

L'auteur que je cite a rapporté plusieurs cas dans lesquels l'*existence d'une syphilis constitutionnelle ayant été reconnue*, la maladie a cédé au *traitement antisyphilitique*. Ce n'est pas ici le lieu d'exposer ce traitement qui a sa place ailleurs; je me contenterai de dire que, suivant M. Lallemand, il faut agir avec ménagement, ne pas forcer les doses des médicaments mercuriels, et ne pas employer les *sudorifiques*, qui auraient l'inconvénient d'augmenter la faiblesse des malades.

Si l'*affection reconnaît pour cause un rétrécissement du canal de l'urètre*, comme on en a cité plusieurs exemples, c'est contre ce rétrécissement que doivent être dirigés les moyens chirurgicaux. M. Lallemand signale à ce sujet les inconvénients de la *dilatation prolongée*, d'où résulte une irritation fâcheuse de la prostate et du col de la vessie, et l'insuffisance de la *dilatation opérée en peu de jours*. Cependant cette dernière lui paraît préférable; mais il met au-dessus la *cautérisation avec le nitrate d'argent*, à l'aide d'une sonde appropriée bien connue aujourd'hui. Tous ces moyens, du reste, et tous ceux qui ont été encore dirigés contre les rétrécissements de l'urètre, peuvent être mis en usage suivant les cas. Lorsque le rétrécissement occupe l'ouverture de l'urètre, et même quand il est situé à 2 ou 3 centimètres de profondeur, M. Lallemand conseille l'*incision* à l'aide d'un bistouri boutonné.

Nous avons vu que l'affection est assez souvent causée primitivement par une *fluxion hémorrhoïdaire* ou de véritables hémorrhoïdes. C'est une indication qu'il faut se garder d'oublier; mais j'ai exposé avec trop de détails, dans un article précédent (1), le traitement de cette maladie pour qu'il soit nécessaire d'y revenir ici. J'en dirai autant de la *constipation*, qu'il est toujours important de faire cesser. M. Lallemand conseille aussi de détruire les brides formées par d'*anciennes cicatrices* aux environs de l'anus, et de faire l'opération de la *fistule à l'anus* si le cas l'exige.

Dans certains cas, la production de la maladie peut être attribuée à un *état général de faiblesse et d'atonie*. « Les pertes séminales qui peuvent dépendre d'une atonie générale, à la suite de quelque maladie grave, sont, dit M. Lallemand, extrêmement rares et *ne présentent guère d'autres indications que celles des convalescences difficiles*. On peut seulement joindre aux moyens généraux les plus propres à relever les forces quelques uns de ceux qui agissent plus spécialement sur les organes de la génération, comme l'*eau de Spa* unie à des *vins généreux* ..., la plupart des *gommo-résineux*, la *cannelle*, le *gingembre*, des *mets* ... *épicés*, du *gibier*, des *viandes noires et faisandées*, etc. » J'ajoute que, même dans les cas où ces moyens ont paru le mieux indiqués, il a fallu souvent, pour assurer la guérison, en employer d'autres choisis parmi ceux que j'ai mentionnés plus haut ou dont je vais parler.

Si l'atonie paraît bornée aux parties génitales, les moyens locaux sont préférables, et M. Lallemand place en première ligne le *galvanisme*, qui lui a parfaitement réussi dans des cas graves. On place un des pôles de la pile sur les lombes et l'autre sur le pubis, et l'on produit des secousses dont le nombre doit être déterminé

(1) Voy. art. *Hémorrhoïdes*.

: médecin, suivant le degré de la maladie. Si l'on veut agir plus vivement, on peut ppliquer sur le périnée la plaque qu'on avait d'abord appliquée sur le pubis ; mais n doit surveiller attentivement les effets du traitement, car on a à craindre les ontractions spasmodiques des vésicules séminales. L'appareil de Clarke, et surtout elui des frères Breton, sont préférables à la pile ordinaire pour cette application e l'électricité. A l'aide d'une sonde, on pourrait porter le courant électrique isque dans la vessie ; mais ce procédé ne doit être employé qu'avec circonspection t dans les cas d'atonie très rebelle.

Les divers *aphrodisiaques* fort souvent employés, à cause de l'impuissance dans iquelle tombent les malades, sont sévèrement proscrits par M. Lallemand, qui :ur a vu toujours produire de mauvais effets ; ce qui se conçoit facilement, puis-u'ils ont pour principal résultat de provoquer des émissions de sperme, déjà trop 'équentes. Ainsi il rejette le *phosphore*, les *cantharides à l'intérieur*, et même :s *vésicatoires volants* recommandés par Sainte-Marie.

L'*ergot de seigle*, mis d'abord en usage par un médecin italien et administré nsuite par M. Lallemand, est au contraire un moyen qui a eu des avantages mar-ués dans quelques cas, bien que dans d'autres il ait complétement échoué ou même it eu pour résultat d'augmenter les pertes séminales. C'est donc un médicament u'on peut essayer, mais en surveillant son emploi de manière à pouvoir l'aban-onner dès qu'on lui verra produire de mauvais effets. On donne le seigle ergoté à ı dose de 0,50 à 0,90 et même 1,50 gram. successivement, suivant les cas.

M. le docteur Jarowitz (1) a rapporté des cas de guérison par ce moyen qu'il e donnait qu'à la dose de 20 à 40 ou 50 centigram. par jour. Mais comme il mployait en même temps d'autres moyens, ses observations ont besoin d'être ré-étées.

Dans les cas de spermatorrhée avec impuissance, M. le docteur Duclos, de 'ours (2), a prescrit avec succès l'*extrait alcoolique de noix vomique* de la ma-ière suivante :

℞ Extrait alcoolique de noix vomique............ 5 gram.

Divisez en 100 pilules, à administrer comme il suit :

Pendant cinq jours, une pilule chaque soir.

Les cinq jours suivants, une le matin, deux le soir.

Pendant cinq autres jours, deux le matin, deux le soir.

Pendant cinq autres jours encore, deux le matin, trois le soir.

Et ainsi de suite, jusqu'à ce que le malade en prenne huit par jour : quatre à ı fois le matin, quatre le soir.

Quelques malades ont pris, sans accident, jusqu'à quatorze pilules par jour.

Quand la chose est possible, M. Duclos ajoute à sa prescription le liniment sui-ant :

℞ Teinture de noix vomique, teinture d'arnica ou de mélisse } ââ 60 gram. | Teinture de cantharides... 15 gram.

Pour frictions sur les lombes et la partie interne et supérieure des cuisses.

(1) *Loc. cit.*

(2) *De l'emploi de la noix vomique dans l'impuissance et la spermat.* (*Bull. gén. de thér.*, iin 1849).

M. Wutzer (1) recommande contre la *spermatorrhée qui s'accompagne de fai-blesse éréthistique des organes génitaux*, les pilules suivantes :

℞ Acide phosphorique sol...	4	gram.	Poudre d'éc. de quinquina..	4	gram
Camphre broyé.........	1,20	gram.	Extrait de cascarille........	Q. s.	

Faites des pilules de 0,10 gram., et roulez-les dans de la poudre de cannelle. A prendre cinq trois fois par jour.

Je n'ai pas pu prendre connaissance des faits qui déposent en faveur de cette préparation; c'est au praticien à l'expérimenter.

Il semblerait que les *bains froids*, les *bains de mer*, dussent agir favorablement sur cette atonie locale ; mais les faits rassemblés par M. Lallemand prouvent si constamment qu'ils ont de mauvais effets, qu'ils n'empêchent pas les pertes et débilitent une économie déjà trop faible, qu'on ne saurait les conseiller. Les simples *applications froides* ont moins d'inconvénients, mais n'ont pas plus d'avantages. Il n'en est pas tout à fait de même des *douches froides* sur l'hypogastre, les aines et le périnée; car dans des cas cités par Sainte-Marie et M. Lallemand, elles ont été suivies de succès. Elles agissent sans doute principalement par la percussion produite par l'eau tombant d'une certaine hauteur sur les parties.

Les *boissons froides*, des *fragments de glace*, le *lait glacé*, etc., ont paru utiles, et ce résultat ne doit pas nous étonner, puisque dans la gastro-entéralgie dans laquelle l'état des malades se rapproche beaucoup de celui que nous avons décrit plus haut, ces moyens ont de bons effets.

On peut joindre encore à ces moyens les *ferrugineux*, les *toniques*, les *astringents*, les *excitants généraux*, en un mot les divers médicaments que fournit la matière médicale pour le traitement des affections avec atonie.

M. le docteur Cambuzy, de Namur (2), a cité un cas de pertes séminales diurnes à chaque garde-robe, guéri par l'usage de l'*eau de Spa*.

Mais je n'insiste pas sur ces remèdes, parce que j'ai eu maintes et maintes fois l'occasion d'en parler avec détail, et que leur application dans les cas dont il s'agit ici n'offre rien de particulier. D'ailleurs, je le répète et il ne faut pas le perdre de vue, il est bien rare que l'atonie existe seule, et qu'aux moyens propres à la combattre il ne faille pas en joindre quelques autres bien plus efficaces, la cautérisation en particulier. Je me contente donc d'ajouter que, dans des cas où il existe une très grande sensibilité de la muqueuse génito-urinaire, les meilleurs toniques sont, suivant M. Lallemand, les oléo-résineux, et surtout le *copahu*, qu'il faut donner à doses lentement croissantes, en commençant par une petite quantité. La *térébenthine* et l'*eau de goudron* peuvent être commencées à plus haute dose, 30 à 40 centigrammes pour la première, deux cuillerées à bouche dans un demi-verre d'eau pour la seconde; on augmente ensuite progressivement les doses.

La *susceptibilité nerveuse* que présentent la plupart des sujets affectés de pertes séminales involontaires doit être considérée, sous le point de vue du traitement, bien plutôt comme un résultat inévitable que comme la cause de la maladie ; aussi les moyens qu'on a dirigés contre ce symptôme n'ont-ils qu'une importance bien secondaire : ce sont les *opiacés* et les *antispasmodiques*, sur lesquels on trouvera

(1) Voy. *Bull. gén. de thér.*, 15 sept. 1849, t. XXXVII, p. 220.
(2) *Arch. de méd. milit. belge*, 1849.

us les détails nécessaires à l'article *Gastralgie*. Je me borne à dire que M. Lalle-
and n'a obtenu aucun bon effet du *camphre*, qui, dans beaucoup de cas, a, au
ntraire, été nuisible.

Je ne fais que mentionner les *rubéfiants* sur l'épigastre, l'*introduction répétée
la sonde dans la vessie*, qui a eu quelquefois de bons effets, mais pas assez
ur compenser les inconvénients qu'elle présente; et l'*acupuncture*, par laquelle
. Lallemand a réussi à dissiper des douleurs très vives des testicules et du cor-
n. J'ai hâte, en effet, d'arriver à la *cautérisation*, qui doit être regardée comme
moyen par excellence, et qui est nécessaire dans la très grande majorité des cas.
. Lallemand l'a bien senti, car il a insisté longuement sur ce moyen thérapeu-
que, le plus puissant et le plus généralement utile, suivant ses expressions, et il
t entré dans tous les détails de son application. Ce que j'ai de mieux à faire est,
r conséquent, d'extraire de son ouvrage ce que les praticiens ont le plus indis-
nsablement besoin de connaître.

CAUTÉRISATION DE LA PORTION PROSTATIQUE DE L'URÈTRE.

« Avant de procéder à la cautérisation, il est indispensable, dit M. Lallemand (1),
 sonder le malade pour prendre la longueur exacte du canal, et pour vider
mplétement la vessie.

» En retirant lentement la sonde pendant que l'urine s'écoule, on voit le jet s'ar-
ter quand les ouvertures, placées à l'extrémité, rentrent dans le canal; il re-
mmence quand ces ouvertures pénètrent de nouveau dans la vessie. La verge
tant alors tendue, si l'on applique le pouce et l'indicateur sur l'instrument, au
iveau du gland, on peut juger de la longueur du canal par l'intervalle qui se
ouve entre les doigts et les yeux de la sonde. Il est inutile de mesurer cette dis-
nce, qui donne exactement la longueur de l'urètre; mais il faut aussitôt la trans-
rter avec précision sur le porte-caustique, et l'y conserver d'une manière inva-
able. Il suffit, pour cela, d'appliquer les yeux de la sonde contre l'extrémité
ivaire du porte-caustique, et de fixer au niveau des doigts un curseur mobile sur
 tube. Ce curseur est rendu fixe par une vis de pression, et n'a pas d'autre usage
ue d'indiquer la longueur du canal.

» De cette manière, quand le porte-caustique a pénétré dans l'urètre, jusqu'à ce
ue le curseur touche le gland, la verge étant exactement dans le même état d'al-
ngement que pendant le cathétérisme, il est évident que l'extrémité olivaire du
orte-caustique doit être où se trouvaient les yeux de la sonde au moment où l'on
 pris la mesure du canal, c'est-à-dire au niveau du col de la vessie, position qu'il
nporte à l'opérateur de connaître exactement, comme on va le voir.

» *La vessie doit être vidée complétement*, afin qu'il ne pénètre pas d'urine
ans le tube du porte-caustique quand il arrive dans cette cavité, et qu'il n'en
asse pas non plus dans le canal pendant la cautérisation..... Il est probable que
us d'une cautérisation a manqué son effet parce que le nitrate d'argent avait été
élayé par l'urine avant ou pendant l'opération....

» Je ne décrirai pas le porte-caustique courbe, dont je me sers depuis vingt
ns, puisqu'il est tombé dans le domaine public; mais je dois signaler les vices de

(1) *Des pertes séminales involontaires*; Paris, 1842, t. III, p. 392.

construction que j'ai remarqués sur beaucoup de ceux que j'ai vus, même chez les meilleurs ouvriers de Paris.

» En général, le renflement qui termine la cuvette est trop sphérique et trop petit. Cette petite boule s'applique très exactement contre l'ouverture du tube, et la ferme comme ferait une soupape.... Il résulte d'abord de cette disposition que la membrane muqueuse, fortement appliquée sur la surface de la cuvette, pendant la cautérisation, risque beaucoup d'être pincée entre l'ouverture du tube et cette petite boule, quand l'opérateur ferme l'instrument pour le retirer : de sorte qu'il en arrache alors quelques petits lambeaux. En donnant à ce renflement plus de volume et une forme olivaire plus allongée, on rend cet accident tout à fait impossible.

» D'un autre côté, il faut que le volume de ce renflement dépasse de beaucoup le calibre du tube, car l'opérateur n'a pas d'autre guide pour savoir quand le porte-caustique pénètre dans la vessie. Il peut bien juger que l'extrémité de l'instrument arrive près du col vésical, en voyant le curseur fixé sur le tube approcher du gland ; mais il a besoin qu'une sensation nette lui apprenne positivement quand cette extrémité pénètre dans la vessie, et cette sensation lui est fournie par la secousse qu'éprouve sa main, au moment où le renflement de l'olive franchit le col.

» En retirant ensuite légèrement le porte-caustique, il éprouve quelque résistance pour faire rentrer ce renflement olivaire dans le canal : c'est alors seulement qu'il est certain que la cuvette chargée du nitrate d'argent correspond à la surface inférieure de la prostate, sur laquelle viennent s'ouvrir les canaux éjaculateurs. Pour que cette sensation lui serve de guide sûr, il faut donc que le milieu de ce renflement olivaire soit beaucoup plus gros que le calibre du tube....

» Pour que cette différence de volume soit très sensible, il ne faut pas que le tube du porte-caustique ait le calibre des plus grosses sondes d'argent, comme j'en ai vu beaucoup ; car le renflement olivaire ne pourrait pas franchir le gland, ou bien il ne dépasserait pas le calibre du tube... Il ne faut pas non plus que l'instrument soit trop petit, car il pénétrerait trop facilement dans la vessie, et l'opérateur n'éprouverait pas la moindre secousse en franchissant le col ; il ne sentirait pas non plus de résistance en voulant faire rentrer ce renflement olivaire dans le canal, et c'est cependant cette résistance qui doit lui servir de guide au moment de pratiquer la cautérisation....

» La plupart des ouvriers s'attachent à bien polir la cavité de cette cuvette : il en résulte que le nitrate d'argent n'adhère pas assez aux parois, et peut se détacher en totalité ou en partie pendant la cautérisation. Il faut, au contraire, que l'intérieur de la cavité soit rugueux, chagriné comme la surface d'une lime.

» A cette occasion, je ferai observer que le nitrate d'argent doit être fondu dans la cuvette, à la flamme d'une lampe à esprit-de-vin, de manière à couler comme de l'huile, et à présenter, après son refroidissement, une surface unie. Tant qu'il reste en grenaille, il se détache facilement en fragments. Quand il s'est boursouflé de manière à dépasser çà et là le niveau de la cuvette, les parties saillantes sont cassées par le tube quand on ferme l'instrument, et tombent ensuite quand on l'ouvre. Il faut donc le faire refondre jusqu'à ce qu'il ne fasse qu'une seule masse régulière. Au reste, il est toujours bon, avant de s'en servir, de fermer et d'ouvrir

sieurs fois le porte-caustique d'une manière brusque, pour s'assurer que rien peut se détacher. »

Ces détails présentés par M. Lallemand, j'ai cru devoir les reproduire parce que pense avec lui, et tous les praticiens seront de cet avis, que : « il en est de la ıtérisation comme des opérations les plus simples, dont les résultats diffèrent vant la manière dont elles sont pratiquées, » et qui donnent souvent lieu à des cidents graves par cela seul qu'on a négligé des précautions regardées comme op minutieuses. Voici maintenant comment M. Lallemand décrit la cautérisation; s détails n'ont pas moins d'importance que les précédents.

« Le malade *doit être couché* pendant la cautérisation; assis ou debout, il est oins fixe; les déplacements du bassin peuvent être plus brusques, plus étendus, qu'il importe beaucoup d'éviter : l'opérateur lui-même est moins à son aise, oins sûr de ses mouvements.

» A mesure que l'extrémité de l'instrument approche du col de la vessie, le urseur, fixé sur le tube, arrive près du gland; la sensibilité du canal augmente : 'est alors que l'agitation du malade tend à s'accroître, et devient plus fâcheuse. *l faut la laisser tomber*, et redoubler d'attention, pour saisir le moment où le enflement olivaire pénètre dans la vessie. On doit ensuite *le retirer lentement ontre le col, le maintenir dans cette position, saisir le mandrin d'une main, aire remonter le tube de l'autre, et promener très rapidement le caustique, mis découvert, à la surface du lobe inférieur de la prostate. Aussitôt après*, il faut aire rentrer la cuvette dans le tube, et retirer lentement l'instrument fermé. »

M. Lallemand insiste ensuite beaucoup pour que la cautérisation soit faite en un *nstant indivisible*, et il attribue à la *cautérisation trop prolongée*, et dont on eut calculer la durée à l'aide d'une montre, un grand nombre d'accidents qui nt suivi cette opération entre des mains inexpérimentées. Sous ce rapport, on ne eut que se rendre à son expérience; et d'ailleurs il ne serait pas possible d'apprécier convenablement le traitement qu'il propose, si l'on ne s'assujettissait à toutes es précautions qu'il regarde comme indispensables pour le succès. J'ajoute qu'ayant plusieurs fois pratiqué cette opération, j'ai suivi rigoureusement les règles tracées par M. Lallemand, et je n'ai eu qu'à m'en applaudir.

SUITES DE L'OPÉRATION, ET TRAITEMENT QU'ELLES RÉCLAMENT.

« Pendant deux ou trois jours, dit M. Lallemand, l'émission des urines est fréquente, douloureuse et accompagnée de quelques gouttes de sang; mais ces symptômes se dissipent bientôt, à moins de quelque imprudence. J'ai vu la douleur persister pendant dix jours, et même plus; mais les malades avaient commis des écarts de régime, ou s'étaient fatigués trop tôt; ils avaient fait de longues courses à pied ou de petits voyages en voiture, ou bien encore ils s'étaient exposés longtemps au froid, à l'humidité, etc., peu de temps après l'opération...

» Tant que dure la période inflammatoire, *les pertes séminales sont augmentées* plutôt que diminuées. L'amélioration ne commence à devenir sensible que du moment où la résolution s'opère : on n'en peut guère juger avant le douzième ou le quinzième jour; elle peut se faire attendre plus longtemps s'il survient une recrudescence de l'inflammation, au moment où le malade se croyait dispensé de

toute réserve. C'est surtout contre les désirs vénériens qu'il faut le prému... lorsque les érections se manifestent avec énergie. »

Ces remarques doivent être toujours présentes à l'esprit du médecin, car la p... sistance, l'augmentation des pertes séminales, et, par conséquent, des accid... qu'elles produisent, engagent trop souvent à renouveler trop tôt la cautérisati... de là de nouveaux accidents, une nouvelle aggravation de la maladie, et l'insu... complet de l'opération. « Dans aucun cas, dit M. Lallemand, on ne peut atte... d'effet curatif de la cautérisation avant quinze jours au plus tôt : *il fau... passer un mois environ pour en juger définitivement...* »

« Dans les premiers jours qui suivent la cautérisation, le malade doit p... des bains, des lavements, des boissons adoucissantes, suivre une *diète... végétale*, afin de rendre les urines aussi aqueuses que possible ; il doit s'abs... de toute fatigue, et se préserver soigneusement du froid. »

Il est un cas particulier dans lequel la spermatorrhée se complique de ... tion des conduits éjaculateurs, de telle sorte que dans les circonstances pré... ment mentionnées, le sperme, au lieu de s'échapper par l'urètre, se por... arrière dans la vessie, pour être ensuite évacué avec les urines. « En pareil ca... dit M. Lallemand, *cautérisé surtout au-devant de la prostate ;* c'est-à-dire q... après avoir parcouru rapidement sa surface, depuis le col de la vessie, j'ai ... l'instrument beaucoup plus longtemps sur la portion membraneuse de l'urè... et je ne l'ai fermé qu'au niveau du bulbe. »

Telle est cette opération, dont les succès remarquables sont constatés da... plupart des cas rapportés par M. Lallemand. Chez les sujets affectés de pollu... nocturnes fréquentes et de pollutions diurnes avec orgasme, presque toujou... seule cautérisation suffit ; et s'il n'en était pas ainsi, une seconde, pratiqu... bout d'un ou deux mois, mettrait un terme à la maladie. Les mêmes résult... sont montrés dans la spermatorrhée proprement dite, et quelque opinion qu'... soit faite sur un certain nombre de cas de l'affection que j'ai désignée par c... il n'en est pas moins vrai, on ne saurait trop le répéter, que des sujets ... une vie misérable, et pour ainsi dire séparés de la société, ont été rendus p... moyens à une existence agréable et utile. J'ai obtenu moi-même de sembl... résultats. Ce serait donc une négligence coupable, de la part du médecin, q... ne pas se mettre promptement à même de reconnaître et de traiter convenabl... cette maladie.

Les *boissons émollientes*, une *diète lactée*, les *adoucissants*, les *bains*, qu... avons vu employer après la cautérisation, sont mis en usage chez les suj... présentent une grande irritation des voies génito-urinaires.

Régime. Quant au *régime* à suivre, il doit être très léger dans les pr... temps du traitement, et dans la *convalescence* on doit passer progressivem... lentement des aliments légers aux aliments substantiels.

Un *exercice* convenable, des précautions indispensables contre le froid et ... midité, et lorsque les forces sont revenues, les *bains frais*, et surtout les *b... rivière*, complètent le traitement.

Récidives. Il est remarquable que dans cette affection les récidives sont ... rares. On aurait pu penser le contraire, d'après la nature de la maladie. Cela ... sans doute à ce que les causes déterminantes organiques ont été pour toujo...

étruites, et surtout à ce que les malades, sur leurs gardes, ne s'exposent plus ux influences pernicieuses qui ont produit la première atteinte de leur mal; il est nême à craindre qu'ils ne tombent dans un excès contraire, car, parmi les causes le récidive, on trouve la *trop grande continence*, qui a été notée quelquefois. Comme c'est ordinairement le malade qui s'est volontairement imposé cette continence, par suite de ses appréhensions, le médecin doit être informé du fait, pour pouvoir l'éclairer sur ce point.

M. Lallemand s'est longuement étendu sur *le traitement prophylactique;* mais il me suffit de dire ici que les moyens qu'il propose sont presque tous mis en usage contre la masturbation ou les excès vénériens. Les causes de pertes séminales étant une fois bien connues, chaque praticien trouvera facilement ce qui convient pour prévenir cette affection, s'il se trouve dans des circonstances où il pourra espérer d'atteindre ce but.

Résumé. Je n'ai point à revenir longuement sur les détails qui précèdent, pour faire apprécier l'importance comparative des divers traitements que j'ai exposés. Quelques mots suffiront. Chaque cas en particulier doit être étudié avec soin, pour reconnaître quels sont les moyens particuliers qui lui sont applicables; mais, de tous ces moyens, le plus efficace, celui qui procure le plus grand nombre de guérisons solides et durables, c'est la cautérisation pratiquée avec toutes les précautions indiquées par M. Lallemand.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Contre les oxyures : anthelmintiques; antipsoriques*; dans les cas où il y a accumulation de matière sébacée entre le gland et le prépuce :* lotions savonneuses, excision du prépuce; antisyphilitiques; traitement du rétrécissement de l'urètre; antihémorrhoïdaux; laxatifs, toniques, amers, ferrugineux, astringents, excitants généraux; ergot de seigle; noix vomique; boissons froides, glace; opiacés, antispasmodiques; introduction répétée de la sonde dans la vessie; cautérisation; émollients, adoucissants; régime.

Il n'est point d'autre maladie de la prostate ou des vésicules séminales qui doive trouver place ici. On a signalé, il est vrai, une espèce d'*engouement spermatique*, suite d'une continence trop prolongée; mais cet état morbide n'est pas assez connu pour qu'il soit possible d'en parler avec connaissance de cause.

FIN DU TOME TROISIÈME.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TROISIÈME VOLUME.

LIVRE TROISIÈME.

MALADIES DES VOIES DIGESTIVES (suite).

FIN DE LA TABLE DU TROISIÈME VOLUME.

FIN DE LA TABLE DU TROISIÈME VOLUME.

